

Karlova
Právnická fakulta
Katedra trestního práva

Rigorózní práce

Sporné otázky neposkytnutí pomoci

Contentious issues of failure to help

Mgr. MUDr. Jan Skácel
10.12.2008

„Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracoval samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených.“

V Praze dne 10. prosince 2008

Mgr. MUDr. Jan Skácel

Obsah

Úvod.....	5
Základní charakteristika trestného činu neposkytnutí pomoci.....	5
Trestný čin neposkytnutí pomoci podle zák. č. 86/1950 Sb.	6
Trestný čin neposkytnutí pomoci podle zák. č. 140/1961 Sb.	6
Trestný čin neposkytnutí pomoci v navrhovaném tr. zákoně	7
Právní úprava TČ neposkytnutí pomoci na Slovensku	8
Srovnání minulé, současné a budoucí úpravy TČ neposkytnutí p.	8
Definice některých pojmů spjatých s TČ neposkytnutí pomoci.....	17
Vztah TČ neposkytnutí pomoci k trestnímu právu procesnímu	22
Typové znaky trestného činu neposkytnutí pomoci.....	22
Sociologie a psychologie a jejich vztah k TČ neposkytnutí pomoci ..	38
Trestný čin neposkytnutí pomoci a zdravotníci.....	39
Neodkladná péče a její vztah k TČ neposkytnutí pomoci.....	50
Povinnost zdravotníků poskytnout neodkladnou péči při ohrožení jejich života nebo zdraví.....	51
Vztah práva, TČ neposkytnutí pomoci, jiných TČ proti životu a zdraví, euthanasie, medicínské etiky a rozhodování lékařů o omezování léčby.....	59
Zdravotníci na rozcestí při střetu 2 zákl. hodnot, povinnosti ochraňovat lidský život v. povin. respektovat autonomii pacienta....	80
Teorie garanta v souvislosti s TČ neposkytnutí pomoci.....	94

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci v SRN, Francii a v „common law“...	97
Závěr.....	103
Resumé in English and Keywords	109
Seznam použité literatury	112
Seznam judikátů vztahujících se k TČ neposkytnutí pomoci.....	117

Úvod

Záměrem této práce je pokusit se zanalyzovat trestný čin (dále jen „TČ“) *neposkytnutí pomoci*, zanalyzovat sporné otázky, které mohou plynout z aplikace tohoto TČ, které zčásti řeší judikatura soudů. Pokusím se nastínit svůj pohled na tento TČ, zvláště na možnosti nebo nemožnosti jeho aplikace v oblasti péče o zdraví při poskytování zdravotní péče lékaři a sestrami (dále jen „zdravotníci“). Nastíním svůj pohled na vztah tohoto TČ k dalším TČ proti životu a zdraví, k eutanázii a k marné léčbě. Zmíním se o teorii garanta a možnosti uplatnění této teorie u tohoto TČ a poohlédnu se na řešení problematiky TČ *neposkytnutí pomoci* v SRN, Francii a v právu anglosaském typu právní kultury.

Základní charakteristika trestného činu neposkytnutí pomoci

Trestný čin je čin, jehož stupeň nebezpečnosti je pro společnost vyšší než nepatrný a jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně (dále jen „TZ“). Mezi znaky TČ uvedeného v TZ patří tyto typové znaky: objekt, objektivní stránka, subjekt, subjektivní stránka a protiprávnost. Dále mezi znaky TČ uvedeného v TZ patří tyto obecné znaky: věk a přičetnost. Nemá-li čin všechny typové a obecné znaky, nejedná se o trestný čin. Navíc v souladu se zásadou subsidiarity represe by se mělo trestní právo uplatňovat jako až ten poslední nejkrajnější prostředek, jako *ultima ratio*¹. Teoretickým východiskem pro konstrukci TČ *neposkytnutí pomoci*, v souladu se zásadou humanity, je poskytnutí pomoci člověku, který je bezprostředně ohrožen na životě nebo je vážně ohroženo jeho zdraví, považováno nejen za morální, ale i právní povinnost. V případě, že kdokoli ohrožené osobě nepomůže, nevystavuje se pouze trestněprávní, nýbrž i občanskoprávní odpovědnosti. Občanskoprávní odpovědnosti se vystavuje z titulu náhrady škody na zdraví podle §420 a násl. OZ, nebo z titulu práva na ochranu osobnosti podle §11 a násl. OZ².

1 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s a
NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část 5.vydání, Praha, ASPI, 2007, s 45

2 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty,
Zdravotnictví a právo č.10/2004

Již v roce 1950 byl přijat TZ č. 86/1950 Sb., který znal TČ *neposkytnutí pomoci*. TČ *neposkytnutí pomoci* je z hlediska konkrétního stupně nebezpečnosti činu pro společnost považován za TČ menšího stupně nebezpečnosti pro společnost, kde lze za splnění podmínek v §24 TZ od potrestání upustit. Z hlediska typové závažnosti se jedná o TČ, za který lze uložit trest odnětí svobody nejvýše do tří let (právě pro řidiče dopravního prostředku), navíc podle §39 odst.2 TZ lze uložit nepodmíněný trest odnětí svobody jen vzhledem k osobě pachatele a zároveň soud může podmíněně odložit výkon trestu odnětí svobody za splnění podmínek v §58 odst.1 TZ, vysloví-li zároveň nad pachatelem dohled podle §60a TZ.

TČ neposkytnutí pomoci podle zák. č. 86/1950 Sb.

§227

(1) Kdo úmyslně neposkytne potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo pro někoho jiného, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců.

(2) Odnětím svobody až na jeden rok bude pachatel potrestán, dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1, ač je podle povahy svého povolání povinen pomoc poskytnout.

§228

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, úmyslně neposkytne potřebnou pomoc osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo pro někoho jiného, bude potrestán odnětím svobody na tři měsíce až na dva roky.

Současná právní úprava platná z roku 1961 v TZ č. 140/1961 Sb. definuje TČ *neposkytnutí pomoci* takto :

§207

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

§208

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

Navrhovaná právní úprava v novém trestním kodexu

§ 150

Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo **jiného vážného onemocnění**, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na **dvě léta**.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo **vážného onemocnění**, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na **tři léta** nebo zákazem činnosti.

§ 151

Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na **pět let** nebo zákazem činnosti.

Právní úprava ve Slovenském trestním zákoně

Neposkytnutie pomoci

§186

(1) Kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci tak môže urobiť bez nebezpečenstva pre seba alebo iného, potrestá sa odňatím slobody až na dva roky.

(2) Kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci je podľa povahy svojho zamestnania povinný takú pomoc poskytnúť, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky.

§187

Vodič, ktorý po dopravnej nehode, na ktorej mal účasť, neposkytne osobe, ktorá pri nehode utrpela ujmu na zdraví, hoci tak môže urobiť bez nebezpečenstva pre seba alebo iného, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky.

Srovnání minulé, současné a případné budoucí právní úpravy TČ *neposkytnutí pomoci*

První rozdíl mezi právní úpravou TČ *neposkytnutí pomoci* podle zák. č. 86/1950 Sb. a současnou platnou právní úpravou v TZ spočívá v tom, u které konkrétní osoby je stanovena právní povinnost poskytnout potřebnou pomoc. Podle minulé právní úpravy se jednalo o osobu, která byla pouze v nebezpečí smrti. Podle současné úpravy se jedná i o osobu, která jeví známky vážné poruchy zdraví. Problém spočívá v tom, že ani ze zákona ani z judikatury neplyne definice obou termínů (známky nebezpečí smrti a známky vážné poruchy zdraví) tak, aby se daly od sebe rozlišit. Spornou otázkou je, jestli vůbec je podstatný rozdíl mezi pojmy „nebezpečí smrti“, „vážná porucha zdraví“ a nově „vážné onemocnění“? Nebo tyto pojmy pouze z jiných úhlů pohledu charakterizují to samé, tj. vysokou pravděpodobnost smrti či vážné poruchy zdraví?

Pokud zákonodárce presumuje existenci podstatného rozdílu mezi pojmy „nebezpečí smrti“, „vážná porucha zdraví“ a nově „vážné onemocnění“ (důkazem je rozšíření v současném TZ o pojem „jeví známky vážné poruchy zdraví“ a další nové navrhované rozšíření o pojem „vážné onemocnění“), pak si pod pojmem „nebezpečí smrti“ nelze představit nic jiného, než to, že se jedná o **vnější síly** (biologické, chemické či fyzikální) působící na život ohroženého tak nepříznivě, že přímo bezprostředně ohrožují jeho život, a proto zákonodárce použil výstižný pojem „nebezpečí smrti“. Nebudou-li zachráncem potřebnou pomocí odstraněny tyto vnější síly působící na ohroženého, pak tento ohrožený s velkou pravděpodobností skutečně zemře. *Pojem „nebezpečí smrti“ vystihuje bezprostřední vysokou pravděpodobnost, že smrt skutečně nastane, musí takovýto stav být zjevný i laikovi.* Za tyto vnější síly lze považovat prostředí hoření, výbuchu, elektrického proudu v okolí ohroženého, či působení různých mechanických sil (pád laviny, zával, tonutí v rozbouřené řece, nebo i tonutí v klidné vodě, jde-li o neplavce, mechanické síly působící zevně na postiženého-traumata), působení různých chemických látek (kyseliny, zásady, CO, těkavé látky atd.), ionizační zařízení, vnější působení biologické (smrtelně nebezpečné vysoce nakažlivé choroby–např. SARS, virus Ebola atd.).

Pokud tedy zákonodárce presumuje existenci podstatného rozdílu mezi pojmy „nebezpečí smrti“, „vážná porucha zdraví“ a nově „vážné onemocnění“, pak si pod pojmem „vážná porucha zdraví“ nelze představit nic jiného, než to, že se jedná o **vnitřní síly**, respektive příčiny, které plynou ze zdravotního stavu ohroženého, s **náhlým vnějším projevem** (akutní onemocnění) vážné poruchy zdraví, kdy i laikovi musí být zjevné, že ohrožený má vážnou poruchu zdraví, která může skončit i smrtí ohroženého. Kdy ohrožený „jeví známky vážné poruchy zdraví“? Právě tehdy, když má známky či příznaky selhávání nebo selhání základních životních funkcí. Mezi základní životní funkce patří vědomí, spontánní dýchání, spontánní krevní oběh a homeostáza vnitřního prostředí. Který ohrožený „jeví známky vážné poruchy zdraví“ a který nikoliv?

Osoba, která se na první pohled hýbe, reaguje na oslovení a zevní taktilní podnět (např. poplácání na rameno), je při vědomí, má zachované spontánní dýchání a spontánní oběh, zevně masivně nekrvácí, nemá vážné zranění, nestěžuje si na bolesti a ani na jinou vážnou poruchu zdraví, nejeví známky vážné poruchy zdraví. Pak potenciální zachránce (kolemjdoucí, svědek) po zjištění výše uvedeného nemůže spáchat TČ *neposkytnutí pomoci*. Naopak pokud se ohrožený na první pohled nehýbe (většinou bude ležet), je v první řadě potřebnou pomocí k ohroženému přistoupit (je-li bezpečí v okolí ohroženého) a zjistit, zda-li reaguje na oslovení a zevní taktilní podnět. Pokud nereaguje (neodpoví na oslovení, ani jiným způsobem nereaguje na taktilní podnět např. otevřením očí, pohybem končetin atd.), je v bezvědomí, tj. má selhanou jednu ze základních životních funkcí. Bezvědomý člověk si neudrží průchodné dýchací cesty, nemůže si sám dostatečně spontánně dýchat, může se mu i zastavit krevní oběh, tedy může kdykoli dojít k selhání dalších základních životních funkcí (dýchání a oběh). Z toho jednoznačně vyplývá, že ohrožený, který **leží a na první pohled se nehýbe, dále nereaguje, nejeví známky života, vždy „jeví známky vážné poruchy zdraví“**. Nebo je-li sice ohrožený při vědomí, ale je dušný nebo zevně masivně krvácí nebo má vážné zranění nebo si stěžuje na bolesti atd., také „jeví známky vážné poruchy zdraví“.

Anebo je-li ohrožený v bezvědomí, nedýchá normálně, nemá známky oběhu, také „jeví známky vážné poruchy zdraví“. Tady je potřebnou pomocí zavolat na tel. číslo 155 nebo 112, tedy aktivovat záchranný řetězec, a současně provádět KPR ve formě nepřímé srdeční masáže, případně s umělým dýcháním. Ve všech případech objektivně je nutné poskytnout ohroženému potřebnou pomoc. Prokáže-li se, že se tak i zachránce subjektivně zdálo, vznikla mu právní povinnost poskytnout potřebnou pomoc.

Osoba nereagující na oslovení a zevní taktilní podnět jednoznačně „jeví známky vážné poruchy zdraví“, protože je v bezvědomí, což je jednoznačně vážná porucha zdraví, i laikovi toto musí být zřejmé (viz i R16/1984).

Proto osoba, která nepřistoupí k ohroženému, který leží a nehýbe se, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, nebo osoba, která sice přistoupí k ohroženému, který leží a nehýbe se, ale po zjištění, že nereaguje, k ohroženému nepřivolá další svědky (potenciální zachránce), ani nezaktivuje záchranný řetězec (zvoláním na tel. 155 nebo jiné tel.č. IZS), ani ji sama neposkytne potřebnou pomoc, a opustí bez dalšího tohoto nereagujícího (bezvědomého), tak právě tímto opuštěním bezvědomého bez dalšího dokoná TČ neposkytnutí pomoc. Bezvědomý nejeví známky života, čemuž odpovídá stav, že „jeví známky vážné poruchy zdraví“. Lze si jen stěží představit, že by zachránce nehybného nebo nereagujícího nebo nedýchajícího (v zástavě oběhu) nebo masivně krvácejícího nebo vážně zraněného nebo trpícího bolestmi mohl považovat za osobu nejevící známky vážné poruchy zdraví. Naopak lze předpokládat, že bude-li ohrožený ve stavech uvedených výše, pak by se každému měly jevit známky vážné poruchy zdraví u takto ohroženého.

Vnitřními příčinami vážné poruchy zdraví (bezvědomí nebo bezdeší nebo až zástava oběhu) jsou např. kardiální onemocnění (IM, arytmie), plicní onemocnění (např. rozsáhlý tu plic), dušení (např. aspirace cizího tuhého tělesa způsobující obstrukci dýchacích cest), onemocnění mozku (např. psychózy a v důsledku toho případný pokus o sebevraždu, cévní mozkové příhody, krvácení do mozku, tumory mozku) nebo intoxikace jedy, léky či drogami (toto je na pomezí mezi zevními a vnitřními příčinami-z vnějšího prostředí se dostanou do těla látky, které poté škodlivě vnitřně působí na zdraví člověka). Na příkladu intoxikace je vidět, že termíny „v nebezpečí smrti“ a „jevít známky vážné poruchy zdraví“ si vzájemně neodporují, nejsou to pojmy jednoznačně proti sobě vyhraněné, ale spíše pojmy, které se vzájemně doplňují (viz i R16/1984). Je-li ohrožený v nebezpečí smrti (z vnější příčiny), ještě nemusí jevit známky vážné poruchy zdraví (např. topící se člověk zatím pouze křičí o pomoc nebo člověk pod závalem lavinou, ale ve vzduchové kapse: oba dva jsou ještě při vědomí, dýchají si a mají zachovaný spontánní krevní oběh a nejsou vážně zraněni).

Nebo ohrožený v nebezpečí smrti již i jeví známky vážné poruchy zdraví (topící se člověk již přestal křičet o pomoc, zavalený člověk již přestal reagovat: oba dva jsou již v bezvědomí, mají známku vážné poruchy zdraví). Anebo ohrožený jeví známky vážné poruchy zdraví (např. opilec v bezvědomí, byl uveden do zotavovací polohy na bok s průchodnými dýchacími cestami, dobře si dýchá, má zachovaný krevní oběh, leží na trávniku v teplém počasí, v bezpečném prostředí), ale není v nebezpečí smrti. Nebo tento opilec v bezvědomí již je i v nebezpečí smrti (např. záchránce předčasně ještě před příjezdem ZZS ho opustil, aniž by sledoval vitální funkce až do předání ZZS).

Z výše naznačených důvodů je zřejmé, že současná právní úprava obsahující obě modalities (nebezpečí smrti z vnější příčiny a známky vážné poruchy zdraví z vnitřní příčiny) je přesnější, odpovídá lépe zásadě *nullum crimen sine lege certa*³. Nemůže nastat vyvinění pachatele z toho důvodu, že ohrožený sice jevil známky vážné poruchy zdraví, ale ještě se nenacházel v nebezpečí smrti, což by podle úpravy v §227 v TZ z roku 1950 mohlo vést k osvobození pachatele, protože tato úprava neobsahovala modalitu „jevit známky vážné poruchy zdraví“. Každá z těchto modalit může samostatně vést ke smrti nebo k trvalé vážné poruše zdraví ohroženého, a proto je správné, že sama jediná modalita je dostačující k naplnění skutkové podstaty TČ *neposkytnutí pomoci* (samozřejmě za splnění dalších znaků tohoto TČ). Na druhou stranu jsou tyto dva pojmy tak úzce spolu provázané, vzájemně se doplňují, někdy mohou být zaměnitelné či na sebe navazují, že je lze vzájemně zaměnit. Proto současné znění „osoba, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví“ považuji nejen za dostatečné, ale i dokonale vyčerpávající. Jakékoli „doplňování či zlepšování“ další modalitou považuji za zbytečné (viz dále).

3 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 21 an,
JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 25 an a
NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část 5.vydání, Praha, ASPI, 2007, s 52

V připravovaném novém trestním zákoně, který vychází z formálního pojetí TČ, ovšem s korektivem společenské škodlivosti TČ pro společnost, jsou tyto dvě modalitty rozšířeny o třetí „jeví známky vážného onemocnění“, a to jak pro laiky (obecná povinnost) tak i pro speciální subjekt (osoby podle povahy svého zaměstnání).

Toto považuji za hrubou chybu, protože vážné onemocnění je značně neurčitý a široký pojem, byť i zde se pachatelé musí subjektivně jevit, že se jedná o „vážné onemocnění“. Vážné onemocnění může být absolutně bez vztahu k **bezprostřednosti** ohrožení života (viz R30/1998) či vážného ohrožení zdraví, na rozdíl od předchozích dvou modalit „v nebezpečí smrti“ a „jevit známky vážné poruchy zdraví“, což by v konečném důsledku mohlo vést k hromadnému odsuzování pachatelů při formálním pojetí TČ. To by bylo v rozporu se zásadou trestněprávní sankce, jako ultima ratio⁴. Jsem přesvědčen o tom, že jedním ze základních znaků TČ *neposkytnutí pomoci*, je právě ten *bezprostřední vztah ohrožení života a zdraví ke vzniku smrti či vážné poruchy zdraví*, a proto je neprodleně nutné takovéto osobě poskytnout potřebnou pomoc, aby ke smrti či vážné poruše zdraví nedošlo. Pojem „vážné onemocnění“ není zcela v bezprostředním vztahu ke smrti ohroženého, a proto není vždy ihned nutné takovéto osobě poskytnout potřebnou pomoc, jelikož ke smrti nebo vážné poruše zdraví bezprostředně ihned s velkou pravděpodobností nedojde (např. se může jednat o vážné onemocnění, ale dobře léčené, v remisi, v kompenzovaném, stabilizovaném, stacionárním stavu). Zde bych spíše viděl prostor pro občanskoprávní odpovědnost pro případ, kdy by došlo ke škodě na zdraví u pacienta s „vážným onemocněním“ (které ovšem nemá bezprostřední vztah k ohrožení života) v důsledku opomenutí lékaře poskytnout takovémuto pacientovi řádnou zdravotní péči v souladu s právním řádem a s poznatky medicíny a medicínské praxe potřebnou léčbu adekvátně odpovídající na zdravotní stav pacienta. Takovéto opomenutí by nemělo vést k trestněprávní odpovědnosti, či dokonce trestněprávní sankci, ale právě spíše k civilní sankci.

Byl bych velmi obezřetný zvláště se širokým výkladem pojmu „vážné onemocnění“, a z toho plynoucí možnou hromadnou kriminalizaci laiků či zdravotníků. Zdravotníci jsou již dnes kriminalizováni, mimo jiné i z důvodu nedokonalé úpravy jejich vztahu s pacienty nedostatečným občanským zákoníkem, zákonem o péči a zdraví lidu (dále jen „ZOPL“) a dalšími zdravotnicko-právními předpisy. Dovedu si představit některé pacienty, kteří jakoukoliv banalitu nebo onemocnění ihned budou považovat za „vážné onemocnění“, a z tohoto titulu budou bezplatně a neprodleně požadovat veškerou zdravotní péči v nejširším možném rozsahu. Zdravotníci z obavy ze spáchání TČ *neposkytnutí pomoci* budou věnovat svůj čas a energii na ošetřování těchto „vážně nemocných“, místo aby se v daném čase spíše věnovali skutečně vážně nemocným.

Zde je paralela s čl.3 Úmluvy o biomedicíně, který presumuje limitaci poskytování zdravotní péče v důsledku nedostupnosti zdrojů (lidských, ekonomických, geografických a vzdělanostních) při spravedlivém přístupu všech ke zdravotní péči přiměřené kvality. Jinými slovy s ohledem na nedostatek zdravotníků, peněz, geografickou nedostupnost a neovládání některých medicínských postupů či technik je připuštěna možnost, prakticky nutnost-viz dále, v některých případech neposkytovat zdravotní péči/léčbu v nejširším možném rozsahu (= v nejvyšší možné kvalitě), bude-li toto neposkytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně. Naopak lze poskytovat zdravotní péči/léčbu v nejširším možném rozsahu pouze tehdy, bude-li toto poskytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně, čili s ohledem na omezenost uvedených zdrojů nebude vždy možné všem poskytnout zdravotní péči v nejširším možném rozsahu. Z toho plyne, že pokud by byl pojem „vážné“ onemocnění široce vykládán a v důsledku toho by docházelo k nadměrnému poskytování zbytečné/marné léčby z obavy před podezřením ze spáchání TČ *neposkytnutí pomoci*, nebo jiného TČ proti životu a zdraví, anebo z pouhé obavy ze zahájení trestního řízení za tyto TČ, pak v důsledku omezených zdrojů by se nemuselo dostat všem skutečně bezprostředně ohroženým na životě potřebné péče/léčby v nejširším možném rozsahu.

Pojem „vážné onemocnění“ je značně neurčitý, vágní, subjektivně laikovi se stav ohroženého (vážné onemocnění) může jevit jako banalita, co by se zdravotníkovi jevilo např. jako vážné onemocnění či dokonce závažný stav ohrožující život ohroženého, nebo naopak subjektivně by se laikovi stav ohroženého jevil jako velmi závažné onemocnění a zdravotníkovi by se stav ohroženého jevil jako nezávažné onemocnění nebo dokonce jako banalita.

Kdo a jak určí kvalitu života, kdo rozhodne o tom, zda-li se objektivně jedná o „vážné onemocnění“ či nikoliv? Pouze zdravotníci mají „objektivně“ rozhodnout o tom, co je „vážným onemocněním“ na základě nějakých doporučení či standardů? Kdo určí kvalitu života, kdo určí, že se jedná o „vážné onemocnění“? Jedině samotný člověk může sdělit okolí, je-li toho schopen, co považuje ještě za kvalitní život se svým „vážným“ onemocněním, a co již považuje za nekvalitní nebo nesnesitelný život se svým „vážným“ onemocněním. Každý má svůj hodnotový žebříček jinak nastaven, někdo bude pociťovat jizvu na břiše po operaci za enormní snížení kvality života, za vážné onemocnění (např. topmodelka). Někdo, upoután trvale od narození na vozík (nepoznal „život“ bez vozíku) možná bude své „vážné“ onemocnění v jehož důsledku je upoután na vozík pociťovat za nižší snížení kvality života, za méně vážné onemocnění než topmodelka svoji jizvu na břiše po operaci, a to nemám vůbec nic proti topmodelkám. Z toho zase jenom plyne, že pojem „vážné onemocnění“ je značně neurčitý, vágní, a tudíž v rozporu se zásadou nullum crimen sine lege certa. Ve slovenském trestním zákoně neměli zákonodárci potřebu doplnit obě modalities modalitou třetí „vážné onemocnění“.

Druhý rozdíl mezi právní úpravou TČ *neposkytnutí pomoci* podle zák. č. 86/1950 Sb. a současnou a budoucí právní úpravou v TZ : v TZ zák. č. 86/1950 Sb. byla výslovně stanovena možnost neposkytovat ohroženému potřebnou pomoc i osobou, která je podle povahy svého zaměstnání takovou pomoc povinna poskytnout.

Tato osoba tak činit nemusela, bylo-li by poskytování potřebné pomoci spojeno s nebezpečím pro ni nebo někoho jiného. Podle mého názoru se odkaz v §227 odst.2 TZ 86/1950 „dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1“ vztahoval na celý odst.1, tedy i na možnost neposkytovat potřebnou pomoc osobou, která byla podle povahy svého povolání povinna takovou pomoc poskytnout, bylo-li by to spojené s nebezpečím pro ni, jako pro profesionála či někoho jiného. Takže i hasič či profesionální záchranář při výkonu služby se všemi pomůckami a vybavením, mohli potřebnou pomoc odmítnout, bylo-li by to spojeno s nebezpečím pro ně nebo jiného.

Společnost očekává od zdravotníků a jiných profesionálů zcela automaticky kvalifikovanost, připravenost, rychlost zásahu atd. Je sporné, zda-li musí profesionálové snášet vyšší míru rizika pro *své životy a zdraví* při poskytování potřebné pomoci. Podle mého názoru ovšem nelze na nich spravedlivě požadovat, aby při výkonu služby bez ohledu na svůj život či zdraví nebo životy či zdraví ostatních, poskytovali bezhlavě potřebnou pomoc v případě, že se ohrožený nachází v prostředí nebezpečném pro život, což by mohlo být vyvozeno z §207 odst.2 TZ 140/1961. Tuto možnost výkladu uvádí JUDr.O.Dostál právě proto, že v odst.2 není zakotvena pro profesionály možnost neposkytovat potřebnou pomoc, „ač tak mohou učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného“, bylo-li poskytování potřebné pomoci spojené s nebezpečím pro samotného záchránce nebo **i někoho jiného**⁵. Takovýto výklad by mohl být i v rozporu s principem proporcionality, např. tehdy, kdy pro záchranu zdraví jednoho ohroženého by byli uvedeni v nebezpečí smrti či zdraví další osoby.

Z ustanovení „bez nebezpečí pro sebe nebo jiného“ jasně a určitě nevyplyvá jaké konkrétní a jak velké nebezpečí (ohrožení života či zdraví či škody na majetku atd.) již vede k trestní odpovědnosti za TČ *neposkytnutí pomoci*.

Možné řešení této sporné otázky uvedu níže.

5 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty, Zdravotnictví a právo č.10/2004

Posledním vývojovým srovnávacím rozdílem TČ *neposkytnutí pomoci* podle TZ z roku 1950, současného TZ a navrhovaného trestního kodexu je zprísňování možné trestní sankce. Dokonce v navrhovaném TČ *neposkytnutí pomoci* řidičem dopravního prostředku je přísnější trestní sankce než v novém slovenském trestním zákoně, ale vzhledem k neukázněnosti našich řidičů a ke vzrůstajícímu počtu ujetí od ohroženého po dopravní nehodě je možný přísnější trest asi na místě.

Definice některých pojmů spjatých s TČ *neposkytnutí pomoci*

Kdo je osobou, která je v nebezpečí smrti a kdo osobou, která jeví známky vážné poruchy zdraví? Z R68/1952 lze dovodit, že osoba je v nebezpečí smrti tehdy, lze-li zjevně předpokládat, že se nachází ve stavu, který zpravidla vede ke smrti (např. ohrožený je stlačený mezi nárazníky vagónů při jejich posouvání), a *není nutné, aby pachatel takto ohroženého sám viděl, stačí, je-li mu takovýto stav zprostředkovaně popsán*. Z tohoto lze tedy dovodit, že osobou v nebezpečí smrti je taková osoba, na kterou nepříznivě zevně působí takové síly a o takové intenzitě (fyzikální-např.mechanické, chemické, ionizační záření či biologické), které mohou způsobit smrt nebo vážnou poruchu zdraví. Z nauky ani z judikatury nelze dovodit rozdíl mezi osobou v nebezpečí smrti a osobou jevící známky vážné poruchy zdraví, a proto jsem se pokusil o rozlišení sám (viz výše-Srovnání právních úprav TČ *neposkytnutí pomoci*).

Co je a co není potřebnou pomocí? Z R38/1988 lze dovodit, že potřebná pomoc ve smyslu TZ není synonymem potřebné pomoci ve smyslu §469a OZ. §469a OZ připouští vydědění potomka zůstavitelem, jestliže potomek v rozporu s dobrými mravy neposkytl zůstaviteli *potřebnou pomoc* v nemoci, ve stáří nebo v jiných závažných případech.

V OZ je tedy širší vymezení potřebné pomoci a pro jiný účel, než je tomu u potřebné pomoci u TČ *neposkytnutí pomoci* v TZ.

Podle R112/1952 nelze potřebnou pomoc zúženě interpretovat tak, že jde o pomoc, která vždy vede k záchraně ohroženého, protože by jinak pachatel mohl být zbaven trestní odpovědnosti, pokud by prokázal, že ani pomoc, kterou mohl poskytnout, ale neposkytl, by nezlepšila zdravotní stav ohroženého (např. by pachatel uváděl, že pro nedostatek medicínských znalostí a dovedností by stejně jeho pomoc nezlepšila zdravotní stav ohroženého a nedošlo by tak alespoň ke snížení pravděpodobnosti hrozící smrti). Podle R39/1955, R37/1963 a R37/1969 je **potřebná pomoc taková pomoc, která je dostačující k tomu, aby hrozící nebezpečí smrti bylo odvráceno nebo alespoň sníženo. Zda se jedná o pomoc potřebnou či nikoliv, závisí podle R37/1969 na konkrétním případě a také na možnostech zachránce.**

Z R39/1955 je zřejmé, že pachatel poskytl nějakou pomoc, ovšem ne natolik dostatečnou, aby se jednalo o pomoc potřebnou, jelikož po marných pokusech o záchranu utonulého dítěte se dále nesnažil dítě zachránit. Byť sám byl starším a nemocným člověkem, měl přivolat si další kolemjdoucí a svědky (mladší, zdravé a plavce) a dále měl neprodleně přivolat zdravotnickou záchrannou službu (dále jen „ZZS“) a hasiče, kteří jsou vycvičení a vybaveni na zachraňování utonulých a poskytování potřebné neodkladné pomoci utonulým, a teprve poté by udělal maximum, co bylo v jeho silách, tudíž by se stala jeho pomoc pomocí potřebnou. Dále podle tohoto judikátu převoznické povolání není takové povolání ve smyslu §207 odst.2 (§227 odst.2) TZ, ze kterého by plynula povinnost být plavcem a vždy za jakýchkoliv okolností zachraňovat jakéhokoliv tonoucího (převozník není plavčík), např. takového, který se netopí z důvodu vypadnutí z lodi při převozu tímto převozníkem. *Převozník nemá zvláštní povinnost konat, tj. zachraňovat tonoucího, který se netopí v důsledku vypadnutí z lodi při převozu touto lodí.*

Podle R37/1963 jedná-li se u ohroženého o takové zranění, které svou povahou nenasvědčuje tomu, že by se převozem řidičem motorového vozidla (autem), který měl na takovéto nehodě účast, mohlo zraněnému ještě více přitížit, pak je potřebnou pomocí neprodlený převoz do nemocnice, nelze-li jeho převoz ihned zajistit ZZS. Tento názor považuji dnes za překonaný.

Jedná-li se u ohroženého o takové zranění, u kterého nelze spolehlivě zjistit povahu a rozsah zranění (což nelze spolehlivě laikem nikdy), pak podle tohoto judikátu by neměl být takovýto zraněný odvážen autem tohoto řidiče, nýbrž by řidič měl zavolat 155 a takovýto zraněný by měl být odvezen k poskytovateli neodkladné péče touto ZZS tak, aby tomuto zraněnému při neodborném převozu tímto řidičem nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu či dokonce ke smrti.

Je potřeba uvést, že na začátku šedesátých let (z období tohoto judikátu) skutečně ZZS nemusela být organizována tak, aby měli povinnost přijet na místo (a skutečně na místě byli) k ohroženému, který je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, do patnácti minut od přijetí výzvy, jak je tomu dnes.

Dnes by bylo velmi hrubou medicínskou chybou požadovat po řidičovi, aby odvezl těžce zraněného ihned ve svém autě k poskytovateli neodkladné zdravotní péče, jelikož na místě nelze zcela spolehlivě zhodnotit zdravotní stav nemocného (zachránce nemá potřebné medicínské znalosti, i kdyby měl tak samy tyto znalosti nestačí k diagnostice např. skrytých, ale velmi závažných zraněních-není CT). Kdykoliv během nezajištěného transportu (bez zajištění žilního vstupu, oxygenoterapie či umělé plicní ventilace pacienta, bez potřebných léků, bez stabilizace zlomenin např. uložením zraněného do vakuové matrace atd.) může dojít ke zhoršení stavu či ke smrti a v takovém případě nelze současně řídit automobil a poskytovat pomoc. Navíc je potřeba podle typu a rozsahu zranění směřovat tohoto zraněného pouze k určitému (ne vždy to bude to nejbližší zdravotnické zařízení) poskytovateli neodkladné péče, který bude schopen konkrétnímu zraněnému poskytnout potřebnou pomoc, což řidič-laik nemůže tušit, kam zraněného transportovat⁶. Takovýmto poskytovatelem neodkladné péče v případě polytraumat či sdružených poranění je jedině traumacentrum (do budoucna 10 traumacenter pro dospělé v ČR) s 24hod. dostupností CT vyšetření, s trauma týmem atd.

Pokud by v současnosti řidič po nehodě nezaktivoval ZZS (záchranáři zajistí rychlý dojezd do potřebného zdravotnického zařízení a současně zajistí potřebnou pomoc) pro poskytnutí neodkladné pomoci ohroženému, sám ho dopravoval do náhodného (nejčastěji nejbližšího) zdravotnického zařízení s výše uvedenými riziky a skutečně došlo během tohoto nezajištěného transportu ke zhoršení stavu či ke smrti, pak nejenže, že ohroženému neposkytl potřebnou pomoc, ale mohl svým jednáním způsobit smrt či vážnou poruchu zdraví ohroženému, pokud by se prokázalo, že správným postupem by ke smrti nebo vážné poruše zdraví nedošlo. Pak nejenže jeho pomoc nebyla potřebná, vedlo-li jeho jednání naopak ke zhoršení zdravotního stavu či ke smrti, ale jeho jednání by mohlo vést ke spáchání TČ *neposkytnutí pomoci*. Tedy potřebná pomoc nemusí být vždy poskytnuta osobně.

Podle R37/1963 pokud obžalovaný odmítl převézt svým autem ohroženého do zdravotnického zařízení, což vzhledem k výše uvedenému nemůže naplňovat skutkovou podstatu TČ *neposkytnutí pomoci*, snažil se sám **přivolat ZZS (toto je potřebnou pomoc)**, i podle R4/1969 a R8/1982) a odjel z místa nehody teprve poté, co se přesvědčil, že již ohroženému několik osob poskytuje potřebnou pomoc, a jeho pomoc již tudíž nebyla a není potřeba, a proto ani toto jeho jednání nenaplnňuje skutkovou podstatu TČ *neposkytnutí pomoci*, a tudíž ho Nejvyšší soud zprostil obžaloby⁷. Co je a co není újmou na zdraví ve smyslu §208 TZ? Z R112/1952 lze dovodit, že újmou na zdraví není jakákoliv porucha zdraví (např. banální ekzoriace kůže)⁸, nýbrž pouze taková porucha zdraví, při které ohrožený potřebuje nějakou pomoc. Podle R8/1982 je újmou na zdraví taková porucha zdraví, která vyžaduje poskytnutí zdravotní péče. Není-li ohrožený vůbec poraněn, nebo byl-li okamžitě mrtev (např. trauma neslučitelné se životem), pak podle R38/1963 také nikdo nemůže spáchat TČ *neposkytnutí pomoci*. A proto i podle R9/1967 je potřeba potřebnou pomocí ve smyslu §208 TZ rozumět takovou pomoc, která je potřebná k odvrácení nebo alespoň snížení těžší újmy na zdraví (vážnější poruchy zdraví nebo třeba i smrti), než která již nastala.

⁷ R č.104/1951 Sb.r.tr., ze dne 10.7.1951, sp. zn. 5Tk 134/51

⁸ ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1240

Dále lze rozšířeným výkladem z R9/1967 dovodit, že došlo-li ke zranění (vážné poruše zdraví či osoba se ocitne v nebezpečí smrti) za okolností a podmínek, z nichž lze i bez odborných medicínských znalostí usuzovat na vážné nebo životu nebezpečné zranění, pak je kdokoli (viz i R52/1981), kdo je poblíž, povinen neprodleně poskytovat potřebnou pomoc, s výjimkou, kdy by poskytnutím pomoci vystavil sebe nebo někoho jiného do nebezpečí pro život či zdraví; takovým nebezpečím není nebezpečí trestního stíhání.

Podle jakého kritéria vzniká povinnost poskytnout potřebnou pomoc?

Rozhodující je **subjektivní kritérium** osoby nacházející se v blízkosti ohroženého, zda-li se jí jeví porucha na zdraví natolik závažná, bez ohledu na skutečnou závažnost poruchy na zdraví u ohroženého, tedy bez ohledu na objektivní medicínská kritéria závažnosti poruchy na zdraví. Jedině za situace, je-li ohrožený objektivně mrtev (biologická=nezvratná=jistá nebo cerebrální smrt) a současně se i této osobě jeví ohrožený jako mrtvý, nelze již žádným způsobem ohroženého zachránit (ani poskytnutím potřebné pomoci), a proto již nelze spáchat TČ neposkytnutí pomoci (R74/1957). Diagnostika smrti smysly zachránce je velice jednoduchá; má-li ohrožený již *jisté známky smrti* (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, hniloba a rozklad), pak je jistě mrtvý. Podle R74/1957 a podle R38/1963 pokud byl již ihned ohrožený mrtev (což ovšem vyplynulo až ex post ze soudně-lékařské pitvy), ale pachatel se nepřesvědčil, co se ohroženému stalo, jestli ještě žil či byl již mrtev, naopak se pachateli jeví ohrožený jako zraněný (jeví se mu, že byl v nebezpečí smrti či měl vážnou poruchu zdraví), měl v takovém případě započít s poskytováním potřebné pomoci, což neudělal. Naopak opustil tohoto ohroženého bez jakékoliv pomoci či přivolání pomoci či bez toho, aniž by se přesvědčil, v jakém stavu se skutečně nalézal. Pak byl srozuměný s tím, že neposkytne potřebnou pomoc, a z toho důvodu spáchal **pokus** TČ *neposkytnutí pomoci*, i když v tomto případě se jedná o nezpůsobilý pokus-omyl skutkový.

Vztah TČ neposkytnutí pomoci k trestnímu právu procesnímu

Z procesního hlediska u TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 a 2 TZ nelze obviněného vzít do vazby podle §68 odst.2 TŘ, nejsou-li splněny podmínky možnosti vzetí do vazby podle §68 odst.3 TŘ. Navíc přísluší-li konat v prvním stupni řízení o TČ *neposkytnutí pomoci* okresnímu soudu, je možné, za splnění určitých podmínek konat zkrácené přípravné řízení podle §179a TŘ, a na něj navazující zjednodušené řízení před samosoudcem podle §314a a násl. TŘ. Navíc lze odklony za podmínek §307 TŘ podmíněně zastavit trestní stíhání a za podmínek §309 TŘ schválit narovnání. Navíc má-li poškozený vztah k podezřelému či obviněnému v době spáchání TČ *neposkytnutí pomoci*, pak může poškozený odepřít výpověď a zahájit a v již zahájeném trestním stíhání lze pokračovat pouze se souhlasem poškozeného podle §163 TŘ, s výjimkami uvedenými v §163a TŘ.

Typové znaky TČ neposkytnutí pomoci

Z hlediska třídění skutkových podstat je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 a §208 TZ kvalifikovanou skutkovou podstatou k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ, jež je základní skutkovou podstatou. Podle R112/1952 je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ speciální k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 TZ (k oběma skutkovým podstatám). Navíc TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ je speciální k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ. Vzájemný souběh §207 odst.1 s odst.2 a s §208 TZ je vyloučen. Dále je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 a 208 TZ subsidiární k *úmyslným* TČ podle §219, §221 odst.1,2,3, §222 odst.1,2,3 TZ podle R21/1983 i R42/1985 a subsidiární k TČ porušování povinnosti při hrozivé tísní podle §181 TZ. Proto není jednočinný souběh těchto TČ s §207 a s §208 TZ možný. Naopak způsobení dopravní nehody, při níž je jinému z nedbalosti způsobena újma na zdraví, a následné odjetí z místa nehody jsou dva samostatné skutky (R8/1984), a proto je možný vícečinný souběh poruchového TČ (§223 nebo §224 TZ) a TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ⁹.

9 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné-II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 284

Podle R21/1983 při posuzování úmyslných TČ ublížení na zdraví s těžším následkem (§221 odst.1,2 nebo 3 a §222 odst.1,2 nebo 3) již nelze pachatele vedle těchto TČ uznat vinným *ještě* TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ za to, že po úmyslném způsobení újmy na zdraví, která vedla k těžšímu následku (např. smrti), k němuž se vztahuje nedbalost, neposkytl poškozenému potřebnou pomoc, aby tento těžší následek odvrátil, proto je souběh s TČ *neposkytnutí pomoci* vyloučen (R16/1986, R52/1981).

Z hlediska **subjektivní stránky**, jejíž znakem je zavinění, se musí jednat alespoň o úmysl nepřímý-eventuální, vzhledem k §3 odst.3 TZ. TČ *neposkytnutí pomoci* je **úmyslným** TČ. Podle §10 TZ a i podle R112/1952, R74/1957 a R38/1963 je možné, aby třetí osoba byla účastníkem TČ *neposkytnutí pomoci*.

Podle §208 TZ pouze řidič dopravního prostředku (podle R112/1952 je řidičem i motocyklista a podle R30/1951 se nemusí jednat o motorový dopravní prostředek a pachatelem může být i vozka nebo cyklista-R6/1953) může spáchat TČ podle §208 TZ jako **speciální subjekt**. Podle R104/1951 a R37/1969 řidič dopravního prostředku nemusí zavinit dopravní nehodu¹⁰, stačí, má-li na ní účast¹¹, dopravní nehodu klidně může zavinit ohrožený. Podle R37/1969 má účast na dopravní nehodě ve smyslu §208 TZ řidič, který k dopravní nehodě objektivně přispěl. Pachatelem TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ může být kdokoli, podle §207 odst.2 TZ pouze ten, který „je podle povahy svého zaměstnání povinen poskytnout potřebnou pomoc“, tj. **speciální subjekt** – tedy zpravidla profesionál.

Kdo je podle povahy svého zaměstnání povinen poskytnout potřebnou pomoc, kdo je tímto speciálním subjektem? Co když lékař nebo jiný zdravotník pouze vystudoval medicínu či jiný zdravotní obor, byl sice zaměstnán jako lékař či jiný zdravotník a věnoval se medicíně, ale v současnosti je zaměstnán mimo obor medicíny? Co bývalý hasič, bývalý policista, bývalý potápěč, bývalý báňský záchranář atd.?

10 §47 zák. č.361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění

11 ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6.vyd., Praha, C.H.Beck, 2004, s 1240

Co když sice jsou zaměstnání jako lékaři, jiní zdravotníci, hasiči, policisté atd., ale pracují pouze ve výzkumu, ve výuce nebo v administrativě? Kdy takovéto osoby je potřeba považovat za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ a kdy nikoli?

Zásadní je aktuální **povaha** povolání nebo zaměstnání konkrétní osoby. Jinými slovy fakticky (reálně hlavní náplní pracovní činnosti je poskytování pomoci lidem) nebo právně (dáno pracovní smlouvou, pracovní náplní atd.) vykonává pravidelně činnosti spojené s poskytováním pomoci jiným osobám.

Sporné otázky: Které profesionály, lze nebo nelze považovat za speciální subjekt i mimo výkon služby či praxe, v době svého volno? Nebo je lze mimo výkon služby či praxe považovat vždy za obecný subjekt ve smyslu §207 odst.1 TZ? A v jakém rozsahu a jakou konkrétní potřebnou pomoc (technickou, zdravotnickou) lze po nich požadovat při výkonu služby či praxe a mimo ni? Musí profesionálové snášet vyšší míru rizika pro *své životy a zdraví* při poskytování potřebné pomoci než neprofesionálové či laici?

Společnost očekává od profesionálů zcela automaticky kvalifikovanost, připravenost, rychlost zásahu atd.. Podle mého názoru ovšem nelze spravedlivě požadovat, aby za každou cenu, kdykoli, jakýkoliv profesionál, a to i při výkonu služby, bez ohledu na svůj život či životy ostatních, poskytoval bezhlavě potřebnou pomoc v případě, že se ohrožený nachází v prostředí nebezpečném pro život. To by mohlo být vyvozeno z §207 odst.2 TZ 140/1961 („ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe či pro jiného“), bylo-li poskytování potřebné pomoci spojené s nebezpečím pro samotného zachránce nebo **i někoho jiného**. Je sporné dovozovat, že profesionál je povinen poskytnout pomoc i tehdy, pokud by dalším osobám hrozilo z tohoto zásahu nebezpečí; není-li specifikováno, jaké konkrétní nebezpečí by dalším osobám hrozilo (života či zdraví či škody na majetku atd.). Podle §2 písm.b), §3 odst.1 a násl. zák. č. 95/2004 Sb. a zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění, by měl být za speciální subjekt považován bezúhonný, odborně (nestačí medik či studující jiný zdravotnický obor) a zdravotně způsobilý zdravotník. Za **speciální subjekt** lze považovat zdravotníka, který vykonává povolání podle těchto zákonů.

Ten, který nevykonává povolání podle těchto zákonů není zdravotníkem, proto by neměl být považován za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ. Byť vystudovaný zdravotník, který vykonává jiné nezdravotnické povolání nebo již přestal vykonávat zdravotnické povolání, nemůže být považován za speciální subjekt.

Podle §1 odst.1 zák. o HZS, v platném znění, je základním posláním hasičů chránit životy a zdraví obyvatel a majetek před požáry a poskytovat *účinnou* (ve smyslu §207 TZ se bude rovnat potřebné) pomoc při mimořádných událostech, tj. událostech, které ohrožují život, zdraví... a vyžadují provedení záchranných akcí ve smyslu §2 písm.b) zák. o IZS. Tedy hasiče lze považovat za **speciální subjekt**. Dále lze za **speciální subjekt** považovat i vodní záchranáře (potápěče), báňské (důlní) záchranáře, členy horské služby, plavčíky.

Podle §2 odst.1 písm.a) zák. o policii, v platném znění, je policista při výkonu služby povinen chránit bezpečnost osob a majetku. Je-li povinen chránit bezpečnost osob, pak lze dovodit, že je také povinen chránit životy a zdraví osob, tj. poskytovat potřebnou pomoc ohroženým osobám. Dále podle §7 odst.2 zák. o policii, v platném znění, je policista *i v době mimo službu* povinen v mezích tohoto zákona provést služební zákrok, popřípadě učinit jiné opatření k provedení služebního zákroku, zejména vyrozumět nejbližší policejní útvar, *je-li páčán trestný čin nebo přestupek, kterým je bezprostředně ohrožen život, zdraví nebo majetek.* Ovšem podle §8 písm.b) zák. o policii, v platném znění *není* policista povinen provést služební zákrok, jestliže k jeho provedení nebyl odborně vyškolen ani vycvičen a jestliže povaha služebního zákroku takové odborné vyškolení nebo vycvičení vyžaduje. Každý občan, tím spíše policista, má být vyškolen a vycvičen v poskytování první pomoci. Tedy policista, by měl být také považován za **speciální subjekt**; dokonce i mimo službu, je-li přítomen páčání trestného činu nebo přestupku, kterým je bezprostředně ohrožen život nebo zdraví a jeví-li se mu ohrožený tak, že je v nebezpečí smrti či má vážnou poruchu zdraví.

Podle §2 písm. a) zák. o obecní policii, v platném znění, obecní policista přispívá k ochraně a bezpečnosti osob, tj. také přispívá k ochraně životů a zdraví osob.

Dále podle §7 odst.2 zák. o obecní policii, v platném znění, je strážník *i mimo pracovní dobu* povinen v mezích tohoto zákona provést zákrok, popřípadě učinit jiné opatření, zejména vyrozumět nejbližší útvar policie, *je-li páchán trestný čin nebo přestupek, kterým je bezprostředně ohrožen život, zdraví nebo majetek*. Ovšem podle §8 písm.b) zák. o obecní policii, v platném znění *není* strážník povinen provést zákrok k plnění úkolů podle tohoto zákona, jestliže k jeho provedení nebyl odborně vyškolen ani vycvičen a povaha zákroku takové odborné vyškolení nebo vycvičení vyžaduje. Tedy to, co je výše uvedeno o policistech platí i pro obecního policistu.

Podle §14 odst.1 písm.c) ve spojení s §19 zák. č. 219/1999 Sb., v platném znění a ve spojení s §4 odst.2 a s §21 zák. o IZS, v platném znění, je voják vojenského záchranného útvaru povinen při vyžádané plánované pomoci při záchranných pracích při pohromách nebo při jiných závažných situacích ohrožujících životy, zdraví (nestačí jeden ohrožený, musí jich být více-typicky se bude jednat o hromadné neštěstí typu hromadné dopravní nehody, pád letadla atd. při vysokém počtu ohrožených osob) poskytovat potřebnou pomoc, protože povaha jeho činnosti naplňuje požadavek poskytovat potřebnou pomoc. Tedy i takovýto voják za splnění výše uvedených podmínek, by měl být považován za **speciální subjekt**.

Samozřejmě rozsah znalostí a dovedností v první pomoci, v KPR a v poskytování jiné zdravotnické potřebné pomoci u více či méně vyškolených nebo vycvičených policistů, obecních policistů, u hasičů a vojáků bude odpovídat rozsahu jejich vyškolení nebo vycvičení a není tedy možné tento rozsah srovnávat se zdravotníky; naopak u policistů bude rozsah znalostí a dovedností ve zdravotnické potřebné pomoci srovnatelný s laiky. Stejně tak pro zdravotníky platí, že v rámci svých dovedností, znalostí a fyzické zdatnosti při poskytování technické pomoci ohroženému těžko mohou konkurovat hasičům. Platí tedy, že jedna profese nemá suplovat druhou, ale naopak se mají vzájemně doplňovat, aby se pokud možno ohroženému dostalo nejlepší pomoci, tedy potřebné.

Z uvedených profesí jsou logicky spojování se zdravotnickou potřebnou pomocí nejvíce zdravotníci.

Vzhledem k tomu, že u zdravotníků podle zák. č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb. není rozlišováno, zda-li je ve výkonu služby či mimo ni, je zdravotníkem i mimo výkon služby, čili může být považován za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ i mimo výkon služby¹². Bude-li i mimo výkon služby zdravotník považován za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ, pak ovšem rozsahem poskytované potřebné pomoci mimo výkon služby nemůže být zdravotník poměřován jako při výkonu služby¹³. Další otázkou je, jakou konkrétní podobu má mít potřebná pomoc u jednotlivých zdravotníků podle úrovně dosažených znalostí a dovedností a specializace? Jistě bude rozdíl, bude-li poskytovat potřebnou pomoc ohroženému lékař se specializovanou způsobilostí v oboru ARO či jiných intenzivních oborů, anebo bude-li poskytovat potřebnou pomoc zdravotník bez zkušeností s intenzivní medicínou (např. optometrista, zdravotní laborant, farmaceut). Podle mého názoru by nebylo spravedlivé požadovat po těchto zdravotnících, aby poskytovali potřebnou pomoc ve stejném rozsahu jako výše uvedení intenzivisté. Je otázkou, zda-li tito zdravotníci jsou povinni podle povahy svého zaměstnání poskytovat potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.2 TZ, nebo pouze ve smyslu obecné povinnosti podle §207 odst.1 TZ, jako laici.

TČ *neposkytnutí pomoci* patří do páté hlavy TZ, tj. do trestných činů hrubě narušujících občanské soužití, což je považováno podle objektu trestného činu za sběrnou povahu trestných činů¹⁴. Zařazení do páté hlavy TZ lze považovat za nesprávné, jelikož **objektem** TČ neposkytnutí pomoci je **život a zdraví člověka či lidí**, přestože jsou v tomto případě chráněny jen za určité situace a jen proti ohrožení určitého druhu. Proto by spíše měl tento TČ být řazen pod TČ proti životu a zdraví v hlavě sedmé, která vzhledem k významnosti objektu rozhodně nemá být hlavou sedmou, ale hlavou první (což je reflektováno v novém trestním zákonu¹⁵).

12 Zák. č. 114/1929 Sb. z. a n. o výkonu lékařské praxe

13 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty, Zdravotnictví a právo č.10/2004

14 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 252 an

15 <http://www.psp.cz> - odkaz : Nový trestní zákon, nyní v Senátu tisk 11/0

Co se týká **objektivní stránky** tohoto TČ, tak z hlediska jednání, jakožto projevu vůle ve vnějším světě, se jedná o TČ, který lze spáchat **pouze opomenutím** příkázané činnosti (poskytovat potřebnou pomoc), a proto se jedná o **pravý omisivní TČ**. U opomenutí je zpravidla nižší stupeň nebezpečnosti činu pro společnost než u konání¹⁶. **Předpokladem opomenutí ovšem je, že pachatel měl vůbec vzhledem k okolnostem a svým poměrům možnost konat to, co bylo jeho povinností, tedy poskytovat potřebnou pomoc**¹⁷.

Pokud je tedy člověk slepý a zároveň hluchý nemůže spáchat TČ *neposkytnutí pomoci*. Pokud by byl pouze slepý, pak může poskytovat potřebnou pomoc pouze křičením či voláním o pomoc, a to tehdy, slyšel-li by jak ohrožená osoba, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví anebo při nehodě utrpěla újmu na zdraví, sténá či volá o pomoc. Pokud by byl pouze hluchý, pak může poskytovat potřebnou pomoc bez velkých omezení. Němý nebo hluchoněmý bude moci poskytovat potřebnou pomoc ohroženému (hluchoněmý neuslyší volání o pomoc či sténání ohroženého), ale již s velkými obtížemi aktivuje záchranný řetězec (telefonem 155) nebo si přivolá další záchránce. Pokud by sám záchránce byl těžce zraněný (také jeví známky vážné poruchy zdraví) či je také ve stejném nebo obdobném nebezpečí smrti jako ohrožený, těžko může konat to, co je jeho povinností, tedy poskytovat dalším ohroženým potřebnou pomoc (viz i zčásti R4/1969). Pokud je toho schopen, může křičet a volat o pomoc, a tím se jemu, i ohroženému, může dostat potřebné pomoci.

Co se týká **příčetnosti**, tak např. podle R9/2002 ebrieta způsobuje pouze zmenšenou příčetnost, tudíž plnou trestní odpovědnost, pouze stav patické ebriety způsobí nepřítomnost.

V §207 odst.1 a §208 TZ (dále i v §167 a §168 TZ) je stanovena **obecná povinnost**, v našem případě poskytovat potřebnou pomoc.

16 ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649

17 ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649

I §9 odst.4 písm.b) ZOPL stanoví : „Každý (tedy nejenom zdravotníci) je povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.“ Je to nešťastně formulováno dává to totiž jakémukoliv laikovi možnost na výběr, zda-li bude poskytovat nebo pouze zprostředkuje nezbytnou? (což nemůže být nic jiného než potřebná) pomoc. Za situace, je-li ohrožená osoba v zástavě oběhu, tj. v klinické smrti, *pouze zprostředkováním pomoci* ji nejenom nepomáháme, tj. ji neposkytujeme potřebnou pomoc, ale poškozujeme ji, protože do doby zahájení KPR Zdravotnickou záchrannou službou nemusíme KPR provádět; pouze jsme ji zprostředkovali pomoc, jelikož máme na výběr. Neprovádění KPR do příjezdu ZZS za této situace v konečném důsledku s pravděpodobností hraničící s jistotou způsobí to, že daný ohrožený dříve či později zemře, nebo sice přežije, ale s nízkou kvalitou života jako osoba v perzistentním vegetativním stavu; i kdyby rozšířená KPR, poresuscitační péče a další neodkladná péče byla včasná a již absolutně správná. Pro dokreslení situace podle §3 odst.2 Vyhlášky o ZZS č.434/1992 Sb. je ZZS povinná být dostupná do 15-ti minut od přijetí výzvy, a to je dlouhá doba pro pacienta v zástavě oběhu, pokud mu někdo pouze zprostředkuje pomoc, ale nebude provádět KPR, jelikož po pěti minutách již zcela jistě většina neuronů, a i další buňky, hynou. I kdyby se ZZS podařil po jejím příjezdu obnovit oběh, pak tento člověk se s velkou pravděpodobností již nikdy neprobere z bezvědomí k vědomí, a ani již se mu nikdy neobnoví jeho kognitivní funkce (např. řeč, smyslové vnímání, myšlení, paměť atd.) v plném rozsahu. Bude z něj osoba nacházející se v perzistentním vegetativním stavu, bude uměle udržován při životě nejrůznějšími podporami a přístroji, přičemž jeho život bude omezen na občasné bloudivé pohyby bulbů, občasné nevědomé zahýbání končetinami atd. Jeho kvalita života je minimální nebo žádná. A výsledek je ten, že jsme pro něj a jeho rodinu udělali to nejhorší, co jsme pro něj a jeho rodinu mohli udělat. Nejenže je tedy právní povinnost poskytovat potřebnou pomoc stanovena v §9 odst.4 písm.b) ZOPL špatně, ale i nadbytečně, protože již nemusí být výslovně uvedena v žádném právním předpisu, jelikož vyplývá z §207 a §208 TZ. Každý je povinen znát zákon, neznalost zákona neomlouvá.

Porušení obecné povinnosti ve smyslu §207 **odst.1** TZ nezakládá trestní odpovědnost za následek (účinek) tím způsobený, i kdyby jej povinný zamýšlel svým opomenutím způsobit. Stejně tak nepřichází v úvahu trestní odpovědnost za TČ podle §219 až §224 TZ. Pachatel TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ neodpovídá za následky na životě nebo na zdraví, k nimž v důsledku toho došlo. Co se týká následku trestného činu je TČ *neposkytnutí pomoci* **ohrožovací** (k dokonání TČ stačí pouhé ohrožení objektu TČ), a tudíž se k dokonání TČ nevyžaduje, aby nastala porucha na objektu trestného činu (smrt či porucha zdraví ohroženého). TČ *neposkytnutí pomoci* je dokonán neposkytnutím potřebné pomoci, tj. není charakterizován účinkem (změnou na hmotném předmětu útoku), **nejedná** se tedy o materiální (výsledčný)-**nepravý omisivní TČ**¹⁸.

Podle R8/1982 je nutné poskytnout potřebnou pomoc bez ohledu na odmítání potřebné pomoci samotným ohroženým, který není zjevně způsobilý sám adekvátně zhodnotit svůj zdravotní stav a sám si pomoci (jednalo se o zjevně opilého ohroženého, jehož odmítání potřebné pomoci asi nebylo tak důrazné, aby nešlo překonat, a potřebnou pomoc mu poskytnout, navíc nebyl způsobilý k právnímu úkonu typu informovaného nesouhlasu-negativního reversu). Z toho se dovozovalo, že v případě nemožnosti poskytnout potřebnou pomoc pro nepřekonatelné odmítání pomoci ohroženým (např. agresivní ohrožená osoba), je záchránce povinen aspoň zavolat ZZS nebo Policii ČR či obecní policii, aby se minimálně snažili mu „domluvit“ či dokonce překonali odmítání pomoci ohroženým, který je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví či utrpěl újmu na zdraví, a začali mu poskytovat potřebnou pomoc tyto složky.

Pokud by se tedy záchránce spokojil s odmítnutím pomoci samotným ohroženým a bez dalšího ho opustil, pak by podle tohoto judikátu nesl trestní odpovědnost za TČ *neposkytnutí pomoci* on. **Spornou otázkou je nakolik je relevantní projev vůle ohrožené osoby, která je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, nakolik má záchránce respektovat vůli ohroženého, kdy odmítá potřebnou pomoc, jestli vůbec má takovou vůli respektovat (viz dále)?**

18 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 157 an a NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 132 an

Podle R30/1951 a R4/1969 je TČ *neposkytnutí pomoci* dokonán již tím, že pachatel opustí ohroženého, o kterém ví, že je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví (§207) či utrpěl újmu na zdraví (§208), ale posléze se k tomuto ohroženému vrátí (z jakéhokoli důvodu: 1. sám od sebe, 2. na popud jiného, 3. z jiného důvodu-např. se vrátí z důvodu zakrytí svých stop či jiných důkazů) a poskytne mu potřebnou pomoc. *Podle mého názoru v případě, že se pachatel, sám od sebe, časně a dobrovolně vrátí k ohroženému („svědomí se ozve“) a současně časová prodleva mezi opuštěním a návratem k ohroženému nevedla ke smrti či ke zhoršení zdravotního stavu, pak poskytne-li potřebnou pomoc, může to vést až k tomu, že u tohoto činu se sníží stupeň nebezpečnosti pro společnost až na nepatrný, a tudíž se nebude jednat o TČ, nebo dojde k zániku trestnosti. V souladu s mým názorem je i navrhovaná právní úprava, kde se nově TČ neposkytnutí pomoci zařazuje mezi TČ, kde k zániku trestnosti dojde účinnou lítostí. Tj. pachatel dobrovolně napraví své prvotní zaváhání a začne poskytovat potřebnou pomoc, nebo učiní o svém neposkytnutí pomoci včas oznámení Policii v době, kdy ještě lze ohroženému poskytnout potřebnou pomoc*¹⁹.

Považuji za správné zařazení možnosti zániku trestnosti pachatele z důvodu účinné lítosti, jelikož zabránit smrti či vážné poruše zdraví ohroženého je důležitější než potrestání pachatele, což by mohlo vést k větší ochotě dobrovolně poskytovat potřebnou pomoc, a to i dodatečně, např. po překonání prvotního stresu atd.

*Naopak vrátí-li se až na popud jiného, **nikoli dobrovolně**, a současně časová prodleva mezi opuštěním a návratem k ohroženému nevedla ke smrti či ke zhoršení zdravotního stavu, pak poskytne-li potřebnou pomoc, může tento jeho návrat k ohroženému, aby začal poskytovat potřebnou pomoc, být posouzen maximálně jako polehčující okolnost, tudíž by se mělo jednat o TČ, jelikož nebyl-li by popud jiného, pachatel by se dobrovolně nevrátil (což naznačil již opuštěním ohroženého na začátku) k poskytování potřebné pomoci.*

19 např. i [http:// www.psp.cz](http://www.psp.cz) , postoupeno Senátu tisk 11/0 - odkaz : §33 účinná lítost v novém TZ

Vrátí-li se na místo k ohroženému z důvodu, aby zakryl stopy či jiné důkazů (ne z důvodu, aby ohroženému poskytl potřebnou pomoc) a na místě je při zakrývání stop či jiném obdobném jednání přistižen, a proto, aby zakryl své úskočné jednání, začne urychleně ohroženému poskytovat potřebnou pomoc, mohlo by takovéto jednání pachatel být posouzeno jako přitěžující okolnost, jelikož se vrátil k ohroženému, aby zakryl stopy či jiné důkazy a začal poskytovat potřebnou pomoc ohroženému teprve tehdy a pouze z důvodu, aby zakryl pravý důvod svého návratu k ohroženému. I kdyby takovéto jednání pachatele nebylo posouzeno jako přitěžující okolnost, rozhodně by nemělo dojít k zániku trestní odpovědnosti, jelikož se nejedná o účinnou lítost (chybí zde dobrovolnost k nápravě poskytnout potřebnou pomoc). Navíc podle R104/1951 a R4/1969 pokud pachatel opustí ohroženého z důvodu, že by mohli na místě nehody poskytnout ohroženému potřebnou pomoc další svědci a kolemjdoucí, a tudíž již nebude třeba jeho pomoci, nelze takového pachatele ani v tomto případě vyvinut z trestní odpovědnosti pro tento TČ, samozřejmě s výjimkou, je-li již tato pomoc poskytována ZZS či jinou složkou IZS.

Právní povinnost poskytnout potřebnou pomoc není uložena pouze tomu, kdo ohrožení života a zdraví vyvolal (viz teorie garanta-případy ingerence)²⁰, nýbrž je uložena komukoli, kdo je v daném místě a čase poblíž, je schopen vnímat svými smysly ohrožení života či vážné ohrožení zdraví jiného, a jeví se mu subjektivně stav ohroženého jako vážný; i v případě, že je člověk v ohrožení života či ve vážném ohrožení zdraví v důsledku jednání cizí osoby (třetího).

Dokud pomoc není poskytována ZZS či jinou složkou IZS, pak je potřeba ji poskytovat. Pokud skutečně další svědci a kolemjdoucí poskytují potřebnou pomoc a není potřeba dalšího člověka k potřebné pomoci, o čemž se zachránce přesvědčil, pak zachránci nevznikla trestní odpovědnosti pro tento TČ (viz R37/1963).

Důsledky neposkytnutí pomoci podle §207 odst.1 TZ (smrt ohroženého, vážná porucha zdraví či bez následku na zdraví) mají význam pro určení stupně nebezpečnosti činu pro společnost (R4/1969).

TČ *neposkytnutí pomoci* je tedy **formální**, a to i tehdy, jestliže pachatel měl v úmyslu neposkytnutím pomoci způsobit následek, tj. poruchu zdraví či smrt ohroženého. Aby byl pachatel trestněprávně odpovědný za způsobený následek ve smyslu §219 až §224 TZ, došlo-li k tomuto následku v důsledku neposkytnutí pomoci ve smyslu §207 a §208 TZ, musí být splněny **dvě podmínky**. Za prvé k následku se vztahuje úmyslné (pachatel opomenutím chtěl např. usmrtit poškozeného, a nikoli jen ho ohrozit na životě) nebo nedbalostní zavinění. A za druhé bylo opomenuto též splnění zvláštní povinnosti ve smyslu §89 odst.2 TZ. Proto zaviněné jednání matky, která zanedbala svou právní povinnost pečovat o dítě (§32 a násl. ZOR ve spojení s §89 odst.2 TZ), a v důsledku toho došlo k jeho úmrtí, zakládá trestní odpovědnost za poruchový delikt v závislosti na formě zavinění pro TČ podle §219 až §224 TZ, nikoli za TČ podle §207 odst.1 TZ (R30/1998, R16/1984).

Právní povinnost poskytovat potřebnou pomoc odůvodněnou povahou zaměstnání (§207 odst.2 TZ) nelze považovat za zvláštní povinnost ve smyslu §89 odst.2 TZ, jelikož je někde mezi obecnou a zvláštní povinností, neboť není vždy totožná se zvláštní povinností konat ve smyslu §89 odst.2 TZ²¹.

Naproti tomu existuje názor, že právní povinnost poskytovat potřebnou pomoc odůvodněnou povahou zaměstnání (§207 odst.2 TZ) lze považovat za zvláštní povinností ve smyslu §89 odst.2 TZ²², a i podle novějšího judikátu R37/1998 je potřeba zvláštní povinnost konat (poskytovat potřebnou pomoc) ve smyslu §89 odst.2 TZ dovozovat z povahy povolání lékaře při výkonu služby.

21 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 281 , ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1238 KOČICA J., STIFFEL H.: Stručný komentář, Trestný zákon, Bratislava, Iura Edition, 2002, s 430

22 RYBÁK H.: Sporné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů, Neratovice, Rigorózní práce, 2005, s 53

Podle tohoto judikátu jestliže lékař při výkonu služby neposkytne zraněnému potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí smrti nebo vážné poruchy zdraví pro sebe nebo jiného (viz níže), připadá jeho trestní odpovědnost za TČ neposkytnutí pomoci podle §207 odst.2 TZ v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí (§89 odst.2 TZ) zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo na zdraví ohroženého. Pokud vznikly následky na životě nebo na zdraví ohroženého (jakože skoro vždy vzniknou) a lékař jednal alespoň nedbale, je lékař (obecně každý zdravotník) trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví podle §219 až §224 TZ.²³ V daném případě postupoval lékař v rozporu s profesními povinnostmi a standardy (provedl pouze suturu zhmožděné rány na hlavě, opominul provést RTG lebky či CT mozku a neurologické vyšetření k vyloučení kraniotraumatu a intrakraniálního krvácení a nechal ohroženého ležet na vozíku na chodbě před ambulancí) tím, že nedostatečně vyšetřil ohroženého (v silné opilosti), který zemřel na následky zranění, jež v důsledku tohoto pochybení nebylo zjištěno a tudíž léčeno.

I podle teorie garanta by jistě povinnost poskytovat potřebnou pomoc plynoucí z povahy zaměstnání (§207 odst.2 TZ) při výkonu služby byla považována za zvláštní povinnosti konat ve smyslu §89 odst.2 TZ. V §89 odst.2 TZ je stanoveno, že jednáním je i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel podle okolností a svých poměrů povinen, přičemž podle R7/1988 je potřeba toto ustanovení vykládat tak, že opomenutí ve smyslu §89 odst.2 TZ nastane jen tehdy, jestliže někdo nevykonat to, co bylo jeho právní povinností. Nestačí porušení povinnosti vyplývající pouze z morálních pravidel. Tato zvláštní povinnost určité osoby konat je opodstatněná tím, že společnost s konáním této osoby předem počítá a spoléhá na ni, a proto ji stanoví jako povinnost právní²⁴.

23 ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1238 a NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 279 an

24 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 162 an a ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649 a SOLNAŘ V., CÍSAŘOVÁ D., FENYK J.: Základy trestní odpovědnosti, Praha, Orac, 2003, s 186 an

Zvláštní povinnost konat může vyplývat i z jiného důvodu než z povahy zaměstnání. Podle současné české nauky zvláštní povinnost konat vyplývá z předchozího nebezpečného jednání-viz i R52/1981, ze smlouvy (např.povinnosti vyplývající z pracovní smlouvy) a ze zákona (např. zákon o rodině) či jiného právního přepisu nebo z úředního výroku (např.povinnost opatrovníka na základě rozhodnutí soudu)²⁵. Mimo ČR se dnes jedná o již překonanou koncepci tripartitace zvláštní povinnosti konat-viz dále teorie garanta.

Např. druh matky dítěte nemá právní povinnost uloženou zákonem pečovat o dítě družky (viz teorie garanta, kde je toto kritizováno), jejíž opomenutí by mohlo zakládat trestní odpovědnost za trestněprávní relevantní následek způsobený zanedbáním péče (§89 odst.2 TZ). Taková povinnost by mu mohla vzniknout jen na základě dohody s matkou, a to i konkludentní, popř. na základě jeho předchozího nebezpečného jednání, jehož následky by byl povinen odvrátit nebo jim předejít. Není-li tu takový vztah, nelze činit druha matky trestně odpovědným za smrt dítěte, která nastala v důsledku opomenutí poskytnout dítěti potřebnou péči a zajistit mu neodkladnou zdravotní pomoc. V takovém případě může být druh trestně odpovědný jen za úmyslné opomenutí obecné povinnosti poskytnout dítěti potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.1 TZ, kterou má každý (R6/1984). V případě těsného vztahu, podobného rodinnému, mezi druhem matky, matkou a jejím dítětem (trvale spolu žijí ve společné domácnosti) se domnívám, že z takového těsného vztahu a z hodnoty života a zdraví nesoběstačného dítěte, ohroženého na životě či zdraví, by měla plynout sama o sobě zvláštní povinnost konat i pro druha matky dítěte, tudíž by jeho opomenutí poskytnout potřebnou pomoc dítěti v případě jeho ohrožení mělo zakládat trestní odpovědnost za následek (smrt) způsobený zanedbáním péče (§89 odst.2 TZ).

25 NOVOTNÝ F. a kol.: Trestní kodexy-Trestní zákon, trestní řád a související předpisy (komentář), 2. vydání, Praha, Eurounion, 2002, s 137, judikát R č. 15/2000 Sb. rozh. tr. a ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář,I. díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 651

Právní povinnost poskytovat pomoc při výkonu služby pro zdravotníky plyne pro účely trestního práva z ustanovení §207 odst.2 TZ. Duplicitně, v jiném znění, je právní povinnost poskytovat pomoc pro zdravotníky stanovena v **§55 odst.2 písm.c) ZOPL**: „Každý zdravotník je povinen poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči.“ Na rozdíl od TČ *neposkytnutí pomoci*, kde zachránce jedná podle svých subjektivních kritérií, zda-li se mu jeví stav ohroženého natolik vážně, že se ohrožený nachází v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, je zde zákonodárcem pravděpodobně pro zdravotníky formulovaná povinnost poskytovat první pomoc podle objektivních medicínských kritérií²⁶. Tedy zdravotníci by měli natolik dobře zhodnotit stav pacienta, aby podle objektivních medicínských kritérií (symptomů a diagnóz pacienta, laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod atd.) poznali bezprostřední hrozbu vážné poruchy zdraví nebo smrti. To by mohlo být spravedlivé z hlediska možného dovozování občanskoprávní odpovědnosti za smrt nebo vážnou poruchu zdraví pacienta při poskytování zdravotní péče, při splnění dalších podmínek občanskoprávní odpovědnosti, jelikož zdravotníci, zvláště pak lékaři, by měli znát objektivní známky (viz výše), na základě kterých lze jednoznačně usuzovat na bezprostřední hrozbu vážné poruchy zdraví nebo smrti. Jinými slovy zdravotníci při výkonu služby by se nemohli vyvinut z případné občanskoprávní odpovědnosti z důvodu jejich špatného subjektivního zhodnocení bezprostřední hrozby vážné poruchy zdraví nebo smrti. Ovšem z hlediska trestněprávní odpovědnosti jsem přesvědčen, že se i u každého zdravotníka musí individuálně zkoumat subjektivní kritérium, stejně jako u jakéhokoliv laika. Nelze se tedy spokojit např. s tvrzením ze znaleckého posudku, že objektivně byly splněny kritéria závažnosti stavu (hrozby smrti či vážné poruchy zdraví), ale zdravotníkovi se to takto vážně nejevilo, přesto by byl tedy uznán vinným ze spáchání TČ proti životu a zdraví pravděpodobně podle §223 nebo §224 TZ (viz R37/1998).

26 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty, Zdravotnictví a právo č.10/2004

Jinými slovy §55 odst.2 písm.c) ZOPL by neměl být aplikovatelný u zdravotníků pro účely §207 odst.2 TZ (nebo §219 až §224 TZ) ve spojení s §89 odst.2 TZ, jelikož trestní sankci lze použít až jako ultima ratio, tudíž i u zdravotníků je třeba k vyvození trestní odpovědnosti prokázat subjektivní zavinění jako u laiků. Podle mého názoru by právní povinnost poskytovat potřebnou pomoc pro trestněprávní účely (§207 odst.2 TZ) pro zdravotníka měla být stanovena tak, aby pro zdravotníka přísněji než pro laika vyplývalo, nikdy se nespokojit u ohrožené osoby s poskytovanou laickou potřebnou pomocí, ale naopak v takovém případě potřebnou pomoc poskytnout. Nemělo by nastat vyvinění zdravotníka z trestní odpovědnosti, s odkazem na tvrzení, že zachránci (laici) již potřebnou pomoc poskytují. I podle R68/1952 lékař (či jiný zdravotník) při výkonu služby nemůže předem odmítnout potřebnou pomoc, pokud zraněného neviděl, s odůvodněním, že považuje svůj zásah za zbytečný, např. z důvodu, že předpokládá, že o těžce zraněného je či bude postaráno, a proto mu není nebo nebude nutno potřebnou pomoc poskytnout.

Dále by mělo být pro zdravotníka stanoveno poskytnout ohroženému další neodkladnou zdravotní péči, je-li to potřeba (např. aktivací záchranného řetězce zavoláním na tel. č.155, nebo v nemocnicích přivoláním těch nejpovolanejších-cardiac arrest teamu či medical emergency teamu²⁷). Tedy mělo by z tohoto, pro zdravotníka přísněji než pro laika, vyplývat, je-li to potřeba, poskytnout další neodkladnou zdravotní péči. **Ovšem není povinen nahrazovat činnost ZZS či specialistů, a to ani při výkonu služby, není-li to nadále potřeba anebo neodpovídá-li to jeho specializaci²⁸.** Každý specialista odpovídá za jednání v rozsahu své specializace, není-li natolik kvalifikovaný, je potřeba, aby včas, je-li nutná další neodkladná péče, zavolal příslušné specialisty. Je-li někdo kvalifikovanější nebo může-li někdo pomoc poskytnout rychleji nebo účinněji, pak je povinen ji poskytnout, pokud již pomoc na místě poskytuje někdo jiný. Toto platí pro všechny, i pro profesionály, s jejichž pomocí společnost počítá.

27 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: ALS Course Manual, 5. vydání, Belgie, 2006

28 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty, Zdravotnictví a právo č.10/2004 a MACH J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 1. vydání, Praha, Orac, 2003, s 84 a 2.vydání, Praha, Lexis Nexis, 2005, s 132

Sociologie a psychologie a jejich vztah k TČ neposkytnutí pomoci

Poskytování potřebné pomoci je jedním z typů pro-sociálního chování, kdy je potřebná pomoc poskytována ve prospěch druhého bez očekávání odměny nebo protislužby. Je prokázáno, že významným faktorem, zda-li bude vůbec nějaká pomoc poskytnuta, zda-li tato pomoc bude navíc i potřebná, je počet potenciálních zachránců na místě, kde se ohrožený nachází. Se vzrůstajícím počtem potenciálních zachránců přítomných na místě, kde se ohrožený nachází, klesá pravděpodobnost, že mu bude vůbec nějaká pomoc poskytnuta=*bystander effect*. Každý spoléhá na toho druhého, že začne poskytovat potřebnou pomoc, a v důsledku toho předpokládá, že nemusí začít poskytovat pomoc a dochází k přesunutí zahájení pomoci na jinou „zodpovědnou“ osobu (*teorie: diffusion of responsibility*), navíc v důsledku přítomnosti vícero potenciálních zachránců při současném neposkytování pomoci vzniká jakési většinové „společenství“ neposkytovatelů, což je dále více utvrzuje nezahájit a neposkytovat pomoc. Podle *theory of social exchange* je dalším faktorem, který rozhoduje o tom, zda-li pomoc bude poskytnuta či nikoliv, u každého potenciálního zachránce analýza nákladů a zisků (*cost v. benefit*) spojených s poskytnutím či neposkytnutím potřebné pomoci. Člověk ve většině případů si vybere takové jednání, u kterého předpokládá získání určité hodnoty (pochvalu, dar, odměnu atd.) a předpokládaný zisk je pro něj vyšší než předpokládané náklady na toto jednání. Náklady na poskytování potřebné pomoci jsou např. vynaložený čas, zásah do své tělesné integrity, riziko přenosu nákazy (umělé dýchání, krvácející ohrožený) atd. a ziskem při poskytování potřebné pomoci je např. pochvalné ocenění, materiální odměna, odpadnutí možného sebeobviňování, zachránce se stane známou osobou atd. Nemalý vliv na poskytnutí či neposkytnutí potřebné pomoci má i hodnotový žebříček potenciálního zachránce, jeho preference, jeho ochota poskytovat pomoc, jeho motivace a samozřejmě i emoce v daném čase a místě, kde se nalézá ohrožená osoba²⁹.

29 CHROMÝ J.: K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty), Zdravotnictví a právo 1/2007

Trestný čin neposkytnutí pomoci a zdravotníci

Práva a povinnosti zdravotníků při poskytování zdravotní péče (služeb) upravuje stále platný zákon z období komunismu. Je jím zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb. (dále jen „ZOPL“). ZOPL vychází dnes již z dávno překonané koncepce pojetí poskytování zdravotní péče, která spočívala v absolutní nadřazenosti zájmu státu na ochraně zdraví občanů před svobodou rozhodování jednotlivce o svém zdraví (viz úvodní články a ustanovení ZOPL, některé již zrušené), kde občan byl pouze objektem poskytované „bezplatné“ zdravotní péče, nikoli jejím podstatným subjektem (jeho souhlas, vůle nebo preference s poskytovanou zdravotní péčí nebyly důležité nebo se presumovaly, souhlas byl vnímán jako přivolení k léčebnému výkonu, nikoli jako konsenzus dvou stran³⁰). Hlavním principem bylo, že stát vše zajistí, o všem rozhodoval a vše reguloval, jelikož sám nejlépe věděl (lépe než občan), co bylo pro každého potřebné. Stát považoval člověka za nezpůsobilého rozhodovat o obsahu a rozsahu mu poskytované zdravotní péče.

Dnes je přijímaná koncepce pojetí poskytování zdravotní péče, která vychází z toho, že člověk nemůže být pouhým objektem poskytované zdravotní péče. V této koncepci je občan subjektem zdravotní péče, bez jeho souhlasu, až na některé výjimky, nelze poskytnout žádnou zdravotní péči. Pak lze hovořit o rovnosti vztahu mezi člověkem a lékařem, tj. o partnerském vztahu, o soukromoprávním vztahu lékař a pacient, oproti paternalistickému, spíše správně-právnímu vztahu. Bohužel na nový zákon o poskytování zdravotní péče (služeb), který by převážně vycházel ze soukromoprávního vztahu lékař a pacient, stanovil práva a povinnosti pacientů a zdravotníků, podmínky poskytování zdravotní péče, obsah a rozsah zdravotní péče atd., musíme stále čekat. V čem nemůže být vztah mezi lékařem a pacientem zcela rovný, je informační asymetrie medicínských znalostí (s výjimkou, je-li pacientem lékař).

Z toho plyne další nerovnost, ale nejen z informační asymetrie, jejich vztahu, výjimečně může mít lékař ze zákona možnost v zájmu pacienta nebo v zájmu ochrany práv třetí strany nebo společnosti (čl.26 Úmluvy o biomedicině) omezit pacientovo právo vědět nebo nevědět (čl.10 odst.3 Úmluvy o biomedicině). Např. šlo by zákonem stanovit v zájmu zdraví pacienta oprávnění lékaře neinformovat (terapeutické privilegium) nevyléčitelně nemocného umírajícího pacienta v terminálním stavu svého onemocnění o prognóze života/smrti, pokud by takové sdělení mohlo vážně zhoršit zdravotní stav pacienta. Aby toto nemohlo být lékaři zneužíváno, tak si dovedu představit pro tento případ povinnost lékařů informovat soud v této věci pro možnost přezkumu či případného definitivního rozhodnutí soudu. Stejně tak si dovedu představit, že by zákon stanovil v zájmu ochrany zdraví pacienta či ostatních povinnost lékaře informovat pacienta (terapeutická nezbytnost), i proti jeho vůli, o vážné nakažlivé chorobě, o predispozici k určitému závažnému onemocnění (možnost preventivních opatření), přestože si pacient nepřeje být o těchto skutečnostech informován³¹. V současném ZOPLu o tomto není jediná zmínka. V rámci trestního řízení či řízení o určení příbuzenského vztahu je na dožádání lékař povinen provést odběr biologického materiálu, jedná se také o další příklad asymetrie vztahu pacient a lékař. Dále *pacient může mít v důsledku své nemoci více či méně ovlivněnou duševní způsobilost (stačí de facto) rozhodovat o svém životě a zdraví*. Proto se domnívám, že ve vztahu ke svému lékaři je nemocný člověk pacientem, a nikoli klientem, i přestože v drtivé většině případů je vztah mezi lékařem a pacientem rovnoprávný. Proto termín pacient v předpisech zdravotnického práva považuji za výstižný, jedná se o speciálního spotřebitele zdravotní péče (služeb)³². Pouze ve vztahu ke své zdravotní pojišťovně by měl být klientem, plně rovnoprávným ve smyslu občanského práva. Teprve v současné době se u nás začíná objevovat střet dvou základních a zásadních hodnot lidské společnosti na poli praktické medicíny, a to mezi *principem rozhodování jednotlivce-voluntas aegroti suprema lex* a *principem ochrany života a zdraví-salus aegroti suprema lex*.

31 Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicině, čl. 10, bod 68 až 70

32 DOLEŽAL T., A.: Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví, Praha, Linde, 2007, s 9 a násl.

Přičemž právo má nalézt mezi oběma, někdy protichůdně působícími principy rovnováhu podle okolností konkrétního případu.

Podle Úmluvy o biomedicíně *svoboda rozhodování osoby o svém životě a zdraví*, pokud nezasahuje do zákonných práv druhých (např. pokud by osoba svým rozhodnutím požadovala po třetí osobě (zdravotnících) ukončení svého života touto třetí osobou (zdravotníky)), nebo pokud není v rozporu se zákonem stanovenou ochranou veřejné bezpečnosti, nebo pokud není v rozporu se zákonem stanovenou ochranou před zločinem, nebo pokud není v rozporu se zákonem stanovenou ochranou veřejného zdraví (čl.26 Úmluvy o biomedicíně), *je nadřazena jakýmkoli jiným zájmům* (společnosti, vědy, i případné ingerenci státu), *a je potřeba ji respektovat*. Takto je mezinárodní smlouvou pouze nastíněna ona „rovnováha“ při případném střetu obou principů, uvedených výše. Dále z čl.5 Úmluvy vyplývá, že v otázkách péče o zdraví záleží jen na svobodném rozhodnutí jednotlivce, zda a v jaké míře se podrobí ke zdravotnímu zákroku, že tedy nesmí být nucen podstoupit zákrok, aniž by k tomu dal souhlas, s výjimkami uvedenými výše. I z nálezů US č.639/2000 a čl.8 Úmluvy o biomedicíně vyplývá, že neodkladné a nezbytné zákroky lze provést bez souhlasu a ve stavu nouze (naléhavá situace bezprostředně ohrožující život či vážně ohrožující zdraví jednotlivce), ale pouze v nezbytně nutném rozsahu vedoucímu k přímému prospěchu pro zdraví dotyčného jednotlivce. Tento závěr mimo jiné vyplývá ze spojení čl.4 odst.1 s čl.7 odst.1 s čl.8 odst.1 a 6 a s čl.10 odst.1 a 2 LZPS. Ruku v ruce s narůstajícími právy a požadavky pacientů, s množstvím nových poznatků vedoucích ke stále větším terapeutickým možnostem atd., musí jít exaktní a spravedlivé vyřešení otázky úhrady zdravotní péče tak, aby při narůstajících zdravotních potřebách obyvatelstva a při omezených zdrojích každý měl zajištěn spravedlivý přístup ke zdravotní péči přiměřené kvality (čl.3 Úmluvy o biomedicíně). Proto znění čl.31 věta druhá LZPS, podle kterého občané mají na základě veřejného pojištění právo na **bezplatnou** zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon, je překonané vzhledem ke znění čl.3 Úmluvy, a je skoro až nemožné splnit takto široce vymezené právo na bezplatnou zdravotní péči bez ohledu na dostupné **omezené** zdroje.

Ze znění čl.31 věty druhé LZPS jednoznačně neplyne, zda-li mají občané právo nebo povinnost zapojit se do systému veřejného pojištění (přikláním se spíše k výkladu druhému-viz definice veřejného pojištění), v jakém rozsahu mají právo na bezplatnou zdravotní péči na základě tohoto veřejného pojištění, a zda-li mohou mít povinnost podílet se přímou úhradou z vlastních prostředků na zdravotní péči. Navíc ústavodárce v době přijímání LZPS, ovlivněn minulým zřízením u nás přítomným, neznalý narůstajících práv a požadavků pacientů, neznalý narůstající spoluzodpovědností pacientů za vlastní zdraví, neuvědomujíc si množství narůstajících medicínských poznatků a stále větších terapeutických možností, neuvědomujíc si omezenosti všech zdrojů (nejen peněz), zvolil nešťastně znění čl.31 věty druhé LZPS.

Co se týká **úhrady zdravotní péče**, tak v civilizovaném světě existují pouze dva osvědčené přístupy k úhradě zdravotní péče. Prvním dominantním je *statutární (veřejné) zdravotní pojištění* a druhým je *privátní (soukromé) zdravotní pojištění*. Principem obou pojištění je sdílení rizika. V systému veřejného zdravotního pojištění je zdravotní služba sice považována za službu, ale ne ledajakou, zdraví občanů je více či méně veřejným zájmem, a proto je založena všeobecná povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění. V systému soukromého zdravotního pojištění je zdravotní služba považována za jakoukoli jinou službu, a proto záleží na vůli každého, zda-li se bude zdravotního pojištění (zdravotní pojištění v systému privátním je obsahem a regulacemi v podstatě stejné jako v systému statutárním) účastnit či nebude. Rozdíl mezi nimi je pouze ten, zda účast v něm je povinná (veřejné pojištění) nebo dobrovolná (soukromé pojištění).

Rozdělení zdravotního pojištění na statutární a privátní nezávisí ani na způsobu stanovení pojistného, ani na statutu organizací, které zdravotní pojištění provozují (i v systému statutárního pojištění může být provozovatelem zdravotního pojištění soukromoprávní subjekt-např. v ČR zdravotní pojišťovna Agel, a.s.), a ani na statutu poskytovatelů zdravotní péče (mohou být jak veřejnoprávními, tak i soukromoprávními subjekty).

Od statutárního zdravotního pojištění nelze očekávat, že každému občanovi poskytne pojistnou ochranu podle všech jeho potřeb a současně podle jeho možností platit pojistné, proto i v systému statutárního zdravotního pojištění může existovat přímá finanční spoluúčast pojištěnců, jejíž funkcí je omezování nadužívání zdravotní péče pojištěnci (např. různé regulační poplatky či doplatky), nebo proto může v systému statutárního zdravotního pojištění existovat jako doplněk privátní zdravotní pojištění (pak se nazývá komplementárním pojištěním nebo zdravotním připojištěním), či mohou existovat obě možnosti současně. Funkcí zdravotního připojištění je umožnit občanům dobrovolně se připojistit podle svých vlastních preferencí nad rámec pojistného krytí statutárního pojištění, což vede ke zvýšení míry pojistné ochrany obyvatelstva nad rámec ochrany statutárního pojištění. Takto to funguje ve většině civilizovaných zemích v Evropě³³. Proto opravdu nerozumím tomu, proč by přímá finanční spoluúčast pojištěnců měla být protiústavní (pochopil to i Ústavní soud ČR při rozhodování o ústavnosti regulačních poplatků, byť těsnou většinou), nebo proč by přímá finanční spoluúčast v systému statutárního zdravotního pojištění měla být něco nemravného, co si vyžaduje její zrušení, např. obehítím zákonů, které je požadují (praktiky krajů, které darují finance pojištěncům na úhradu regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních, nikoli ve státních či soukromých zdravotnických zařízeních). U nás má tradici veřejné zdravotní pojištění, navíc je tento typ úhrady zdravotní péče zakotven přímo v čl.31 LZPS, byť v nesmyslné souvislosti spojené s nárokem na „bezplatnou“ zdravotní péči.

Je vůbec správné, aby právo regulovalo, kontrolovalo a sankcionovalo činnost lékařů? Slovy Lúkianose³⁴ „*čím váženější a pro život užitečnější je lékařské povolání, tím svobodnější musí být pro ty, kteří je vykonávají. Sluší se také, aby lékaři měli určité výsady při užívání svého umění, nesmějí být k ničemu nuceni, nic se jím nesmí nařizovat, vždyť jde o činnost posvátnou, jejímiž učiteli byli bohové a jež je předmětem snažení moudrých mužů, nesmí být otrocky podrobena zákonu, nesmí být ovlivněno strachem ze soudu a jeho trestu*“.

33 NĚMEC J. : Principy zdravotního pojištění, Grada, Praha, 2008, s 17 a násl.

34 Lukiános, 2 stol. n.l., soudní řeč „Vyděděný“, česky ve sbírce „Pravdivé výmysly“, Odeon, Praha, 1983

Souhlasím s první větou Lúkiánose, že výkon lékařského povolání musí být maximálně svobodný, prostý jakýkoliv bezdůvodných zákonných omezení. Souhlasím i s tím, že výkon lékařského povolání nesmí být ovlivněn strachem ze soudu a jeho trestem, a dodávám, že musí být zproštěn o zbytečné administrativně-byrokratické povinnosti (lékař nemá být současně sekretářkou, právníkem a ekonomem) tak, aby mohl efektivně dostát svým povinnostem, řádně a včas vykonávat své povolání v souladu s profesními povinnostmi a standardy a přitom poskytovat zdravotní péči přiměřené kvality s ohledem na zdravotní potřeby pacientů a s ohledem na dostupné zdroje. Aby tyto podmínky byly splněny, je potřeba zajistit kvalitními právními předpisy medicínského práva právní jistotu lékařů vymezením jasných práv a povinností při výkonu lékařského povolání, s jasným obsahem a rozsahem zdravotní péče, s jasnými a spravedlivými pravidly úhrady zdravotní péče a s jasnými pravidly odpovědnosti za pochybení při poskytování zdravotní péče, a to hlavně v občanskoprávní rovině. V trestněprávní rovině je potřeba volat lékaře k odpovědnosti velmi poskrovnu (maximálně uplatnit zásadu ultima ratio), a to v případech excessu nebo závažného pochybení se závažnými následky, i proto, aby se zabránilo „defenzivní medicíně“. Medicína již není stále jakýmsi uměním (jako např. herectví, malířství, sochařství atd.) s nepředvídatelnými následky pro život a zdraví pacientů. Dnes se podle mého názoru jedná již plně o vědecký obor (splňující veškeré nároky kladené na aplikaci vědeckých poznatků), se zobecněním zkušeností, se samozřejmým přístupem k poskytování zdravotní péče na základě evidence based medicine (medicíny založené na důkazech, nikoli na nějakém umění), jež plyne ze statistiky z vědeckých studií, které splňují veškeré nároky na ně kladené, s tím, že se stala medicína více předvídatelnou³⁵. Na základě tohoto ztratili lékaři „výsady při užívání svého umění, mohou být právními předpisy zavazováni, smí se jim nařizovat a již nejde o činnost posvátnou s nepředvídatelnými následky pro život a zdraví pacientů“.

Nelze stavět výkon lékařského povolání nad právo, stejně jako nelze stavět morálku nad právo, jinak by došlo k popření právního státu, což je nepřípustné. Chápu, že někteří lékaři trvají na jakémsi „lege artis“, neboť byli zvyklí na své „umění“, protože jim právo nic nenařizovalo a ani je k ničemu nenutilo. Nicméně prosazení EBM (evidence based medicine) je nezvratné, stejně tak prosazení zásadních práv pacientů v oblasti medicínského práva (např. Úmluva o biomedicíně). Proto odpověď na otázku zní, že nejenže je správné, aby právo regulovalo, kontrolovalo a sankcionovalo činnost lékařů, ale dokonce tak činit musí. Pojem „lege artis“ (podle pravidel lékařského umění) považuji za překonaný medicínský termín (byť měl dlouhou tradici), vznikl v dobách, kdy medicína byla spíše uměním než exaktní vědou, vztah mezi lékařem a pacientem byl paternalistický (nerovný) a výkon povolání lékaře nepodléhal právním normám a přezkumu. Tento pojem byl vytvořen „lékařským cechem“ proto, aby v zájmu ochrany pacientů a dobré pověsti lékařského stavu popsal závazná pravidla jednání lékaře postupovat podle určitých pravidel, která byla určena mj. i k tomu, aby „lékařský cech“ kontroloval sám sebe, bez zásahu zvenčí³⁶. Proto medicínský termín „lege artis“ by měl být opuštěn a již nyní je nahrazen právním termínem (čl.4 Úmluvy o biomedicíně) „profesní povinnosti a standardy“.

A právě mezi „profesní standardy“ patří různá doporučení s různým stupněm přesvědčivosti v závislosti na povaze důkazů, jež zakládají tato doporučení. Logicky čím přesvědčivější je doporučení, tím více zavazuje jednání lékaře. Nejpresvědčivější a nejvíce zavazující jsou doporučení : „**recommendations**“ či stupeň tvrzení A – jedná se o „metodu první volby“, jež je jednoznačně ověřeno a prokázáno na základě alespoň 2 randomizovaných studií na velkém počtu nemocných s jednoznačnými výsledky. O něco méně přesvědčivější a zavazující jsou doporučení : „**guidelines**“ či stupeň tvrzení B nebo C – jedná se o doporučení, jež ověřeno a prokázáno alespoň 1 randomizovanou studií na velkém počtu nemocných s jednoznačnými výsledky (B) nebo alespoň 1 randomizovanou studií na menším počtu nemocných s ne zcela jednoznačnými výsledky (C).

36 CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: Trestní právo a zdravotnictví, 2. vydání, Praha, Orac, 2004, s 18 a 19

Ještě méně přesvědčivější a zavazující jsou doporučení : „*options*“ či stupeň D nebo E – doporučení na základě nerandomizovaných prospektivních kohortových studií se současnými kontrolními skupinami (D) nebo nerandomizovaných retrospektivních studií s historickými kontrolními skupinami nebo na základě nekontrolovaných průřezových studií či kazuistik případně názorů, zkušeností a myšlenek expertů (E). Stupeň tvrzení (A až E) odráží sílu důkazů, přičemž konkrétní úroveň důkazů se týká validity důkazů o prevenci, diagnostice, prognóze, léčbě a následcích, tedy stupeň důkazů neodráží klinický význam doporučení, protože *konkrétní úroveň důkazů (doporučení) musí být konfrontována se zdravotním stavem pacienta, s jeho vůlí a přáními*. Ovšem lze vyvodit tento závěr: **postupuje-li lékař při výkonu povolání minimálně v souladu s doporučeními „options“, nebo v souladu s doporučeními, jež jsou založena alespoň na síle důkazu stupně E, pak poskytuje zdravotní péči v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy podle čl.4 Úmluvy o biomedicíně, stejně tak i v souladu se současnými dostupnými poznatky medicíny (§11 odst.1 ZOPL), tedy po právu**. Proto je v takovém případě vyloučena protiprávnost jeho jednání. Naopak lze dovodit protiprávnost jednání lékaře, jestliže

postupuje při výkonu povolání v rozporu s doporučeními „recommendations“, nebo v rozporu s doporučeními, jež jsou založena na síle důkazu stupně A, pak poskytuje zdravotní péči v rozporu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy podle čl.4 Úmluvy o biomedicíně, stejně tak i v rozporu se současnými dostupnými poznatky medicíny (§11 odst.1 ZOPL), tedy po protiprávně. Posouzení jednání lékaře, zda-li se *ještě* jedná o postup v souladu s profesními povinnostmi a standardy podle čl.4 Úmluvy o biomedicíně, nebo zda-li se *již* jedná o postup v rozporu s profesními povinnostmi a standardy, bude záviset na tom, zda-li se bude jednat o civilní řízení, nebo o trestní řízení, na tom, jaký byl celkový zdravotní stav pacienta, jestli měl vyléčitelné nebo nevyléčitelné onemocnění (případně v jakém stadiu), jaké měl lékař dostupné zdroje (jak moc nebo málo byly dostupné), jaká byla vůle pacienta či jeho přání, a na dalších rozhodujících skutečnostech majících vliv na posouzení konkrétního případu.

Co se týká vztahu trestní odpovědnosti a výkonu lékařského povolání je potřeba se zabývat tím, v čem se dnes spatřuje vyloučení protiprávnosti jednání lékaře. Odůvodnění vyloučení protiprávnosti jednání lékaře bývá různé. V civilizovaném západním světě existují v podstatě *tři teorie* konstrukce právní odpovědnosti v medicíně a vyloučení protiprávnosti z hlediska trestního práva³⁷. Podle francouzské teorie se vylučuje protiprávnost jednání lékaře pro trestní odpovědnost za trestný čin ublížení na zdraví nebo usmrcení (zabití) tím, že zákrok provedený v souladu s profesními povinnostmi a standardy v rámci lékařské profese je proveden za účelem, který právní řád schvaluje, a proto i schvaluje prostředky (jednání lékaře) k dosažení účelu. Zajímavá je francouzská teorie i tím, že vychází z klasického francouzského pojetí trestní odpovědnosti, kdy se neuznává jako okolnost vylučující protiprávnost svolení poškozeného (pacienta) k jednání lékaře směřujícímu proti životu nebo zdraví pacienta (podle mého názoru ani z s čl.9 Úmluvy o biomedicíně nelze vyvodit povinnost pro lékaře respektovat sporná „extrémní“ dříve vyslovená přání podle čl.9 Úmluvy o biomedicíně, ke kterým se vyjádřím níže). Stejně tak neuznává jako okolnost vylučující protiprávnost svolení poškozeného (pacienta) k jednání lékaře směřujícímu proti životu nebo zdraví naše dosavadní trestní právo. Ovšem podle francouzské teorie se nevylučuje protiprávnost jednání lékaře, jedná-li bez svolení pacienta, v takovém případě sice není trestně odpovědný za trestný čin ublížení na zdraví nebo usmrcení, ale je trestně odpovědný za trestný čin omezování (zbavení) osobní svobody. Podle francouzské teorie nemůže být zákrok proveden proti vůli svéprávného pacienta, ovšem postačí jakékoli svolení (nemusí se jednat o informovaný souhlas nebo informovaný nesouhlas) proto se domnívám, že v tomto ohledu je francouzská teorie již v rozporu s čl.5 Úmluvy o biomedicíně, který požaduje k provedení zákroku svobodný a informovaný souhlas, nestačí jakékoli svolení, jak plyne z francouzské teorie.

37 CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: Trestní právo a zdravotnictví, 1. vydání, Praha, Orac, 2000, s 44 a násl.

Podle německé teorie je rozhodujícím předpokladem trestní odpovědnosti informovaný souhlas nebo informovaný nesouhlas pacienta. Proto tato teorie je v tomto ohledu v souladu s čl.5 Úmluvy o biomedicíně. Lékař jedná protiprávně, tedy podle této teorie je trestně odpovědný za *trestný čin ublížení na zdraví nebo usmrcení (zabití)*, za trestný čin omezování (zbavení) osobní svobody atd., tehdy, jedná-li bez předchozího informovaného souhlasu nebo informovaného nesouhlasu pacienta. Lékař musí odmítnutí zákroku respektovat, s výjimkou stavu nouze nebo v případech, kdy to zákon výslovně stanoví. Jsem přesvědčen, že ani z této teorie nelze dovodit, že lékař je vždy a za jakýkoli okolností povinen respektovat sporná „extrémní“ dříve vyslovená přání podle čl.9 Úmluvy o biomedicíně.

Na druhou stranu existují v SRN nucená opatření adresovaná pacientům v případě některých chorob a systém účinných sankcí (nejen trestněprávní), kdy pacient ztrácí nárok na některé dávky z pojištění (i dávky ze sociálního zabezpečení). Jinými slovy německá teorie vyvozuje, že nestačí zákrok provedený v souladu s profesními povinnostmi a standardy v rámci lékařské profese, ale je rozhodující souhlas pacienta, kterým musí být kryty veškeré úkony lékaře. Odpovědnost za delikty proti životu a zdraví je vyloučena informovaným souhlasem, jelikož v tomto pojetí je zákrok považován za poškození integrity těla, za ublížení na zdraví. Zajímavý je dopad německé teorie do civilního práva, kdy lékař je i občanskoprávně odpovědný za škodu (nejenom za škodu na zdraví), která vznikla i tím, že souhlas pacienta nebyl informovaný.

Podle americké teorie je vztah mezi lékařem a pacientem ryze smluvní, a proto je trestněprávní odpovědnost za jakýkoli trestný čin v podstatě vyloučena a převažuje občanskoprávní odpovědnost za škodu. Zde mají velmi propracovaný informovaný souhlas, má-li informovaný souhlas, byť i malou, vadu, zpravidla tím vzniká lékaři občanskoprávní odpovědnost za škodu.

U nás se zdůvodňovalo vyloučení protiprávnosti lékařské činnosti z hlediska trestního práva podobně jako ve francouzské teorii, je otázkou jestli po přijetí nového trestního zákoníku by se nemělo spíše vycházet z německé teorie³⁸.

38 Viz i znění nově zařazené okolnosti vylučující protiprávnost – svolení poškozeného v §30 odst.3 nového TZ

Domnívám se, že po přijetí Úmluvy o biomedicíně, konkrétně čl.5, jež má přednost před našimi trestními kodexy, je potřeba vycházet spíše z německé koncepce, kde existence informovaného souhlasu rozhodne o tom, zda-li je lékařský zákrok (lékařovo jednání) v souladu s právem, nebo je protiprávní. Ovšem je otázkou, zda-li bez dalšího dovozovat **trestněprávní** odpovědnost za *trestný čin ublížení na zdraví nebo usmrcení (zabití)* jen z důvodu chybějícího informovaného souhlasu? Je třeba mít na paměti, že se jedná o závažné trestné činy s citelnými trestními sankcemi, a proto se domnívám, že by takovýto striktní přístup vedl k nechtěnému, tedy k defenzivní medicíně. Na jakýkoli zákrok by se snažil si lékař opatřit písemný záznam (několikastránkový) potvrzující informovaný souhlas pacienta. Je potřeba mít na paměti, že trestní právo je až „ultima ratio“. Co se týká **občanskoprávní** odpovědnosti lékaře z důvodu chybějícího informovaného souhlasu tak, s tím žádný problém nemám, jelikož civilní sankce soukromoprávních předpisů považuji za vhodné k aplikaci na tyto případy. Bohužel v ČR stále chybí komplexní a dokonalá úprava soukromoprávních vztahů, tedy i vhodných, přiměřených a spravedlivých civilních sankcí (stále ještě je v platnosti občanský zákoník z období komunismu).

Vysvětlující zpráva Úmluvy o biomedicíně uvádí, že nikdo nesmí být nucen podstoupit jakýkoli zákrok, aniž by k tomu dal souhlas. Souhlasím s německou teorií, že je potřeba souhlasu pacienta, jelikož zákrokem se **narušuje** integrita těla a jedná se tedy o **zásah** do tělesné integrity. Ale terminologicky nesouhlasím s tím, že zákrokem se **poškozuje** tělesná integrita a jedná se tedy o **ublížení na zdraví**. Úmluva tedy klade důraz na autonomii jedince a jeho svobodné rozhodování, ovšem to ještě podle mého názoru neznamena, že lze vyvodit z Úmluvy absolutní přednost autonomie jedince před čímkoli (např. základní právní povinností stanovenou pro každého ochraňovat lidský život a zdraví). Úmluva explicitně neřeší spor, čemu dát při kolizi základních práv (základních hodnot naší společnosti) přednost, jestli neomezenému právu na svobodné rozhodování o životě a zdraví na straně jedné, nebo neomezené povinnosti zdravotníků chránit život a zdraví „za každou cenu“ na straně druhé (tato povinnost plyne z Hlavy I. čl.2 EÚLP, čl.4 a 8 Úmluvy o biomedicíně a čl.6 naší LZPS).

Neodkladná péče a její vztah k trestnému činu neposkytnutí pomoci

Podle čl.4 Úmluvy o biomedicíně a §11 odst.1 ZOPL má být zdravotní péče poskytována v souladu se současnými dostupnými **poznatky** medicíny a v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Do obsahu a rozsahu zdravotní péče patří i poskytování pomoci **formou neodkladné a nezbytné péče** (pro účely §207 odst.2 TZ potřebné pomoci). Z §11 ZOPLu se dá dovodit, že každý má právo na zdravotní péči na úrovni všech současných poznatků medicíny, jelikož **informace a poznatky** vzhledem ke globalizaci a internetu jsou všeobecně dostupné. Ovšem rozsah konkrétní léčby konkrétnímu pacientovi s konkrétním zdravotním stavem s konkrétní kvalitou života, s konkrétní prognózou atd. by měl odpovídat jeho konkrétním potřebám a přáním. Na toto pamatuje i čl.3 Úmluvy, který přiznává právo na zdravotní péči **přiměřené kvality každému stejně dostupnou, s ohledem na dostupné zdroje**, přičemž logicky nechává na vnitrostátních opatřeních (zákony, regulační vyhlášky atd.) v rámci prostředků, které mají k dispozici, stanovení pravidel pro spravedlivý přístup ke zdravotní péči přiměřené kvality prosté jakékoli neoprávněné diskriminace.

Čl.8 Úmluvy o biomedicíně stanoví, že v naléhavé situaci (např. pacient je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví) lze neodkladné zákroky (péči) provést *okamžitě ku prospěchu zdraví*. Lze tedy definovat, že neodkladná péče (= intenzivní péče v rámci oboru intenzivní medicíny, = potřebná pomoc ve smyslu §207 odst.2 TZ) je taková péče, **kteřá nesnese odkladu, vede k přímému prospěchu pro život a zdraví dotyčného a nebude-li neprodleně poskytnuta, pak bude bezprostředně ohrožen život nebo vážně ohroženo zdraví pacienta nebo bude vystaven těžko snesitelnému utrpení (např. bolestem) anebo budou mu hrozit takové změny chování (autoagrese a heteroagrese), které povedou k ohrožení jeho života (např. k pokusu o sebevraždu) nebo života třetí osoby (např. k pokusu o vraždu)**. Z definice vyplývá, že se nejedná pouze o život zachraňující zákroky, jak stanovuje §23 odst.4 písm.c) ZOPLu.

Jinými slovy budou-li splněny výše uvedené podmínky pro poskytnutí neodkladné péče (intenzivní péče či potřebné pomoci), pak je jakýkoliv zdravotník povinen přímo nebo zprostředkovaně tuto péči poskytnout. Pokud by se tak nestalo, pak jedná protiprávně, a proto může být i trestněprávně odpovědný za TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ, nebo za poruchové TČ proti životu a zdraví podle §219 až §224 TZ.

Povinnost zdravotníků poskytnout neodkladnou péči při ohrožení jejich života nebo zdraví

Nejzásadnější argument, že žádný profesionál není povinen poskytnout potřebnou pomoc ohroženému, bylo-li by poskytování pomoci spojeno s *nepřiměřeným bezprostředním ohrožením jeho života nebo zdraví*, tedy právo odmítnout vlastnímu životu a zdraví nebezpečnou pomoc ohroženému, vyplývá přímo z LZPS, z čl.6 odst.1. „Každý má právo na život“. To podle mého názoru znamená, že každý má **stejně** právo na život, tj. že nikdo nemůže mít větší či menší právo na život, protože **hodnota lidského života je u každého člověka stejná, neliší se.** Jaký život má větší hodnotu, život ohroženého, který je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, nebo život zachránce, který má zachraňovat tohoto ohroženého? Podle mého názoru ani jeden život nemá větší hodnotu, respektive ani jeden nemá větší právo žít, byť ten který je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví má větší pravděpodobnost, že o svůj život přijde. Potřebuje pomoc, ale to nemůže nic změnit na tom, že hodnota lidského života zachránce je stejná jako u ohroženého a že právo na život je nezadatelné, proto zachránce není povinen vzdát se svého života ve prospěch ohroženého. Dalším argumentem, který by dával profesionálům právo odmítnout vlastnímu životu a zdraví nebezpečnou pomoc ohroženému, je trestněprávní institut *krajní nouze*. Krajní nouze je jednou z okolností vylučující protiprávnost. Okolnost vylučující protiprávnost je situace, kdy člověk spáchá čin, který by jinak byl trestným činem, ale tyto zvláštní okolnosti tento čin ospravedlní, a tudíž se od počátku nejedná o TČ, ani o nedovolený čin.

Příkladem *krajní nouze* může být situace, kdy zachránce již poskytuje potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, a s odvoláním na krajní nouzi odmítne souběžně poskytnout potřebnou pomoc jinému ohroženému, který je také v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, z důvodu nemožnosti pro zaneprázdněnost tomuto ohroženému poskytnout potřebnou pomoc, protože nemůže současně poskytovat potřebnou pomoc více ohroženým (*situace při hromadné katastrofě či neštěstí*).

Za další příklad *krajní nouze* lze uvést situaci, kdy ohrožený, který je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, se nachází v životu nebezpečném prostředí či okolí (pod lavinou, pod závalem, pod elektrickým proudem, topící se v rozbourané vodě, na dálnici atd.), které je příčinou jeho ohrožení, a s odvoláním na krajní nouzi lze dovodit pro zachránce (laika, zdravotníka, hasiče, policisty atd.) právo neposkytnout ohroženému potřebnou pomoc, vzhledem k bezprostřední reálné možnosti smrti či vážné poruchy zdraví zachránce. Podle názorů některých autorů se o *krajní nouzi* nejedná, jestliže ten, komu nebezpečí hrozí, je povinen je snášet podle povahy svého zaměstnání (např. § 207 odst. 2 TZ), a tato povinnost snášet nebezpečí je určitým kategoriím osob stanovena zvláštními právními předpisy³⁹. Tito autoři již ovšem nehovoří jaké konkrétní nebezpečí je zachránce povinen snášet, tj. co je obsahem pojmu snášet nebezpečí, a také nehovoří o tom, v jakém rozsahu je ten, který je povinen poskytnout potřebnou pomoc, povinen snášet nebezpečí. Čili jaké nebezpečí a jak velké to nebezpečí má být? Je povinen položit svůj život, obětovat se ve prospěch ohroženého? Má-li někdo z této kategorie takto stanovenou povinnost nebezpečí snášet, není přípustná ani *pomoc v nouzi*⁴⁰. Na rozdíl od těchto názorů, já nevidím problém v tom, že i zachránce, který je povinen snášet nebezpečí oproti laikovi, může být *pomoženo v nouzi*⁴¹. Takovou pomoc v nouzi může poskytnout jiný člen IZS, nebo třeba i laik, např. přechodně v situaci, kdy ještě na místo nedorazily další složky IZS, a je potřeba přispět další pomocí, samozřejmě dobrovolně bez donucení.

39 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 237 □

40 ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1237-8

41 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 237

Nerozumím tomu, proč by byla v tomto případě *pomoc v nouzi* nepřípustná a nesouhlasím s těmito názory, vždyť jde přece o pomoc k záchraně života či zachování zdraví, jež jsou základní a nejdůležitější lidskou hodnotou.

Nachází-li se ohrožený v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví v nebezpečném prostředí, pak cílem je samozřejmě ho dostat z tohoto nebezpečného prostředí, a to všemi možnými dostupnými prostředky (věcné prostředky, speciální pomůcky a kvalifikovaný cvičený personál). Takovou pomoc lze označit za *technickou potřebnou pomoc*. Jeví-li se nějaký prostředek vhodnější k záchraně osoby, pak je třeba použít právě tento prostředek. Je-li zřejmé, že určitá složka integrovaného záchranného systému, je přímo cvičena na vyprošťování osob z nebezpečného prostředí a má k tomu potřebné vybavení, pak je namístě, aby tato složka či speciálně vycvičené kvalifikované osoby (hasiči) vyprostili ohroženého z nebezpečného prostředí a zajistili bezpečné prostředí v jeho okolí tak, aby zase jiní speciálně vycvičení a kvalifikovaní mu mohli posléze poskytnout *zdravotnickou potřebnou pomoc* (zdravotníci-záchranáři) k záchraně jeho života či zdraví.

Je možné konstruovat ustanovení pro profesionály pro účely vyvinění (zániku trestní odpovědnosti) z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ tak, že jsou povinni poskytovat potřebnou pomoc s určitým přiměřeným rizikem ohrožení (nebezpečí) pro vlastní zdraví *nebo zdraví jiného člena IZS*, ale již nikoli s rizikem ohrožení vlastního života nebo života jiného člena IZS a života a zdraví ostatních lidí. Nevýhodou takovéto konstrukce by bylo pro tyto profesionály se v dané situaci jasně, určitě a rychle rozhodnout, zda-li riziko, které mají podstoupit, se týká pouze jejich zdraví a zdraví ostatních členů IZS, a nikoli i životů. *Život a zdraví jsou více či méně spojené nádoby, které natolik spolu souvisejí a prolínají se, že je nelze od sebe jasně a určitě oddělit.* Dále je otázkou, zda-li profesionál (člen IZS) smí pro záchranu ohroženého přiměřeně ohrozit zdraví jiného člena IZS, tedy svým jednáním vystavit do nebezpečí pro zdraví třetí osobu, byť člena IZS.

Další možnou konstrukcí pro profesionály pro účely exkulpace z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ by bylo ustanovení, že jsou povinni poskytovat potřebnou pomoc s určitým přiměřeným rizikem ohrožení (nebezpečí) *pro vlastní život nebo zdraví*, ale již nikoli s rizikem ohrožení života nebo zdraví jiného člena IZS a života a zdraví ostatních lidí. Na rozdíl od první konstrukce odpadají u této konstrukce dvě sporné otázky naznačené výše.

Anebo poslední možnou konstrukcí pro profesionály pro účely exkulpace z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ by bylo ustanovení, jako pro laiky v §207 odst.1 TZ, že nejsou povinni poskytovat potřebnou pomoc, je-li to nebezpečné pro vlastní život nebo zdraví nebo život nebo zdraví ostatních, ať už je člen IZS, nebo laik.

Souhlasím s názory, že společnost oprávněně očekává od IZS, že ohroženému, který se nachází v nebezpečném prostředí pro život nebo zdraví, se dostane pomoci, nebo alespoň se budou profesionálové maximálně pokoušet o potřebnou pomoc (např. vyproštění ohroženého a nakonec i jeho zachránění). Souhlasím s názorem, že na osoby, které podle povahy svého zaměstnání jsou povinni poskytnout potřebnou pomoc, musí být kladeny vyšší nároky, ovšem ve smyslu vyšší kvalifikace, vzdělání, trénovanosti, potřebného vybavení, rychlosti, organizovanosti a dostupnosti, ale nikoli ve smyslu bezhlavého ohrožování vlastního života či života ostatních. „Někoho se zachránit dá, někoho už ne, profesionální záchránci jsou také jenom lidé“.

Z uvedeného vyplývá, že zvláště hasiči jsou těmi, na jejichž bedra padá nejvíce nebezpečí pro jejich životy a zdraví při poskytování potřebné pomoci ohroženému. Dokonce by se dalo dovodit, že jsou povinni podstupovat nějaké přiměřené riziko pro své životy a zdraví, neboť podle §1 odst.1 zák. o HZS, v platném znění, je základním posláním hasičů chránit životy a zdraví obyvatel a majetek před požáry a poskytovat účinnou (potřebnou) pomoc při mimořádných událostech, tj. událostech, které ohrožují život, zdraví... a vyžadují provedení záchranných akcí ve smyslu §2 písm.b) zák. o IZS.

Aby tomu tak skutečně bylo, pak mimo jiné musí mít i velící či organizační pravomoci vůči ostatním složkám IZS (policisté, zdravotníci ze ZZS atd.) a vůči jakékoli třetí osobě, což lze dovodit z §19 odst.1 zák. o IZS, kde velitelem zásahu (garantem toho, že se ohroženému dostane účinné technické pomoci a poté i potřebné neodkladné zdravotní péči) je hasič, velitel jednotky požární ochrany.

Na rozdíl od hasičů, zdravotníci ZZS, jakožto členové IZS, nemají ani ve vyhlášce o ZZS č. 434/1992 Sb. ani v jiném právním předpise stanovenou právní povinnost vyprošťovat, hasit atd., nebo povinnost za každou cenu poskytovat neodkladnou péči. Naopak v §1 odst.1 a 2 vyhlášky o ZZS je uveden taxativní výčet, co se rozumí před nemocniční neodkladnou péčí (definice neodkladné péče je v zásadě shodná s definicí neodkladné péče výše), a není zde náznak nějaké povinnosti spojené s ohrožením života a zdraví zdravotníků ZZS (záchranářů). Jak je to tedy s povinností zdravotníků poskytnout neodkladnou péči při ohrožení jejich života nebo zdraví? Zdravotníci nejsou trénováni, vzděláni a nemají potřebné vybavení a pomůcky k vyprošťování, hašení, slaňování, seskoku padákem atd. Naopak hasiči či jiné záchranné speciální složky (báňští záchranáři, vojáci, plavčíci se speciálním vybavením, potápěči atd.) zase nejsou trénováni vzděláni a vybaveny potřebným zdravotnickým vzděláním, zdravotnickými pomůckami a přístroji k poskytování té nejlepší potřebné zdravotní pomoci. Proto záchrana osoby, která se nachází v životu nebezpečném prostředí je komplexní záležitostí, kde různé složky či osoby různým způsobem či mírou přispívají k její záchraně na základě dělby činností a specializace. Jsem přesvědčen o tom, že by nebylo spravedlivé požadovat po zdravotnících vrhat se do prostředí hoření, výbuchu či pod zával či bezprostředně hrozící zával. Na druhou stranu by nebylo spravedlivé požadovat po hasičích poskytování té nejlepší možné, se všemi dostupnými pomůckami, neodkladné zdravotní pomoci ohrožené osobě. Pokud by tomu tak nebylo, byli by zdravotníci povinni za každou cenu konat ve prospěch ohroženého bez ohledu na nebezpečí pro své životy (byli by povinni vrhat se do prostředí hoření, výbuchu, závalu atd.), pak by se s velkou pravděpodobností klidně mohlo stát, že by se při takovéto záchraně skutečně zabili či vážně zranili.

Náhle je již potřeba zachraňovat dvě ohrožené osoby, a nikoli jednu. Pak v nebezpečném prostředí nebude ležet jeden ohrožený jako na začátku, ale klidně řada dalších. Navíc tato bezhlavá záchrana nesplnila účel, aby se ohroženému dostalo tolik očekávané potřebné pomoci.

Mimo výkon služby zdravotníci nemají potřebné vybavení, pomůcky, přístroje, léky atd. a tudíž lze dovodit, že mimo výkon služby nelze po zdravotnících spravedlivě požadovat, aby poskytovali neodkladnou péči ve stejném rozsahu jako při výkonu služby. Na zdravotníkovi mimo výkon služby bude možno spravedlivě požadovat poskytování neodkladné péče v podobném rozsahu, jakou ji lze požadovat po laikovi. **Zdravotník** je *oprávněn*, a to i při výkonu služby, odmítnout tuto neodkladnou péči poskytnout, bylo-li by poskytování této péče spojeno s **přímým bezprostředním ohrožením jeho života nebo zdraví**⁴².

Zdravotník při výkonu služby je povinen používat všechny dostupné ochranné pomůcky, je povinen poskytnout potřebnou pomoc osobě, i když se tím vydá **riziku** (není to jistota) skutečnému přenosu nákazy od této osoby, u které je diagnostikována zvláště nakažlivá choroba (např. SARS, TBC, AIDS, hemoragické horečky např. typu Ebola, i virová hepatitida typu A,B,C). Ovšem má jí poskytovat pomoc tak, aby i sám sebe co nejvíce chránil (ochranný oděv, rukavice, příp. respirátor, povinné očkování), zvláště pak svůj život, tak aby se minimalizovala na co nejmenší míru pravděpodobnost přenosu nákazy na něj, aby např. mohl i nadále poskytovat zdravotní péči dalším spousty lidem, kteří jí budou potřebovat. Navíc je nutno takto nakažené směřovat do specializovaných center, kde jsou kvalifikovaní na poskytování takovéto zdravotní péče a mají potřebné vybavení a pomůcky. Měla by být naopak zakotvena právní povinnost pro příslušná zdravotnická zařízení mít dostatek funkčních ochranných pomůcek a příslušného vybavení.

42 MACH J.: Povinnost první pomoci, Tempus medicorum č.7,8/2006, s 23 a

ŠTEFAN J. a MACH J.: Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi, Praha, 2005, s 188 an

Je nežádoucí zvyšovat bezprostředně nebezpečí rozšíření nakažlivé lidské choroby (příklady viz výše), a navíc lze i nést trestněprávní odpovědnost za TČ šíření nakažlivé choroby (v tomto případě nejspíše podle §190 TZ), poskytovali by záchránce či zdravotník při výkonu služby potřebnou pomoc osobě s nějakou zvláště nakažlivou chorobou bez použití potřebných ochranných pomůcek a vybavení.

Nakazil-li by se záchránce, pak by se mohl nakazit záchránce zachraňující tohoto záchránce, a tak bychom mohli pokračovat dále, až do nakažení všech možných záchránců-zdravotníků a v ruku ruce s tím i nakažení dalších osob-nezdravotníků.

Navíc i podle guidelines Evropské Rady pro resuscitaci (ERC)⁴³ z roku 2005 (guidelines=profesní standardy ve smyslu čl. 4 Úmluvy o biomedicíně), je-li indikováno ohroženého v zástavě oběhu resuscitovat pomocí KPR (neodkladnou resuscitací) a záchránce *není schopen* (sám je astmatikem či bronchitikem, nebo má ohrožený devastující trauma obličeje, že není možno provádět umělé dýchání), *nebo ochoten* (ohrožený má zakrvácený, pozvracený obličej nebo má zvláště nakažlivou chorobu, nebo se záchránce prostě nechce) provádět umělé dýchání z plic do plic ústy do úst nebo nosu ohroženého, pak umělé dýchání provádět nemusí, ale alespoň musí provádět nepřerušovanou nepřímou srdeční masáž (Chest-compression only CPR). Takováto KPR je v souladu se současnými dostupnými poznatky medicíny, v souladu se standardy, je tedy poskytováním potřebné pomoci, a proto záchránce nemůže být shledán vinným z TČ *neposkytnutí pomoci* z důvodu neprovádění umělého dýchání při KPR. *Chybět zde bude protiprávnost u tohoto jednání, proto takovýto záchránce nemůže spáchat TČ neposkytnutí pomoci, a ani jiný TČ.* Navíc zvláště u primární kardiální zástavy oběhu, která je mimo nemocnici u dospělých nejčastější, poskytuje nepřímá srdeční masáže bez umělého dýchání ohroženému větší šance na přežití než při KPR s umělým dýcháním. Jsou popsány ojedinělé kasuistiky přenosu TBC či SARSU během KPR z ohroženého na záchránce, zatím se ještě dosud nevyskytl případ přenosu viru HIV během KPR z ohroženého na záchránce.

43 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: Advanced Life Support Course Manual, 5. vydání, Belgie, 2006

Dalším příkladem *krajní nouze*, tedy vznik práva neposkytnout potřebnou pomoc ohroženému, by byla situace, kdy agresivní ohrožený, byť by byl v nebezpečí smrti nebo jevil známky vážné poruchy zdraví, by nejen odmítal potřebnou pomoc (neodkladnou péči), ale zároveň by ohrožoval (míří zbraní na záchránce) život či zdraví záchránce nebo by již poškozoval zdraví záchránce (ohrožený napadá posádku ZZS). V takovém případě s odvoláním na krajní nouzi lze dovodit pro záchránce (laika, zdravotníka, hasiče, policisty atd.) právo neposkytnout ohroženému potřebnou pomoc, vzhledem k bezprostřední reálné možnosti smrti či vážné poruchy zdraví záchránce v důsledku agresivního jednání ohroženého. Nejlepším řešením je „stáhnout se“ a přivolat Policie ČR v takovém případě. Nelze ovšem „stáhnout se“ bez dalšího a nechat agresivního ohroženého napospas sobě o ostatním potenciálně ohrožovaným lidem. **Jde o to poskytovat pomoc, ale tak, aby to bylo pro životy všech zúčastněných záchránců bezpečné, a současně jednání záchránce dávalo ohroženému největší šanci na přežití, případně největší šanci na vyléčení, největší šanci na kvalitní život, největší šanci na prodloužení kvalitního života atd. Proto v právním řádu nemůže být stanovena právní povinnost, ani zvláštní právní povinnost, a ani interpretací z právních norem (např. z TČ neposkytnutí pomoci) nemůže být vyvozena právní povinnost vzdát se svého života ve prospěch druhého, byť ohroženého smrtí.**

Proto ani §207 odst.2 TZ nelze interpretovat tak, že osoby, které podle povahy svého zaměstnání jsou povinny poskytnout potřebnou pomoc osobě v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví bez ohledu na nebezpečí pro život a zdraví svůj nebo jiného. Jediné, co snad lze z právních norem vyvodit je, že ze spojení §207 odst.2 TZ, §89 odst.2 TZ, ve spojení s §1 odst.1 zák. o HZS, §2 písm.b) zák. o IZS a §19 odst.1 zák. o IZS jsou hasiči povinni podstupovat přiměřené riziko pro své životy a zdraví při záchranné akci, jejichž základním posláním je chránit životy a zdraví obyvatel. Mají být natolik dobře vycvičení a kvalifikovaní a mají mít natolik účinné ochranné pomůcky, a proto by je toto mělo vést k povinnosti podstupovat přiměřené riziko pro jejich životy a zdraví.

Vztah práva, TČ neposkytnutí pomoci, jiných TČ proti životu a zdraví, eutanázie, medicínské etiky a rozhodování lékařů o omezování léčby

Žijeme v době, kdy se na mnoha místech světa objevují hnutí pro eutanázii, eufemisticky nazývaná hnutími „za právo zemřít s důstojností“. V některých státech dochází k násilnému ukončování životů nemocných lékařem nebo za pomoci lékaře, přičemž takové jednání není trestáno a je tolerováno. Navíc termín „eutanázie“ je při nejrozumnějších diskuzích zmateně vykládán při směřování pojmů nemísitelných. Existují 2 diametrálně rozdílné přístupy k umírajícím : eutanázie a paliativní péče. Cílem by mělo být poskytnout umírajícímu člověku kvalitní a dostupnou paliativní péči. Lékaři a ostatní zdravotníci by měli tak dobře pečovat o své umírající či trpící pacienty, aby tito neměli důvod žádat o své zabití, protože být zabit ve stavu utrpení a beznaděje rozhodně není „dobrá smrt“, a protože taková žádost svědčí o selhání lékaře a o selhání zdravotní péče o něj. Je důvodem žádosti o zabití bolest? Dnes mají lékaři dostatek možností k řádnému tlumení i nesnesitelné fyzické bolesti, stejně tak odlehčí-li se pacientovi v bolesti sociální, emoční a duchovní (toto by měli mít na starosti psychologové, psychoterapeuti či psychiatři či pastorační asistenti v nemocnicích), pak se i bolest fyzická stává snesitelnou. Podle Lisabonské deklarace o právech nemocných (WMA, r.1981) má pacient mj. právo zemřít v důstojnosti. Aby nemocný mohl zemřít v důstojnosti, pak je nutno vnímat všechny jeho vzájemně provázané a neoddělitelné dimenze. Nelze redukovat nemocného na nemoc-diagnózu, nelze eliminovat jeho sociální, duševní a duchovní potřeby. Dnes se vytvářejí spolky pro eutanázii, či spolky „za právo zemřít“. Jejich snahou je legalizace eutanazie. Je pravdou, že díky dnešní medicíně jsou tisíce lidí při těžce poškozeném mozku udržovány na hranici mezi životem a smrtí v bezvědomí i po dlouhé měsíce, což je jistě jedním z důvodů, proč se začalo uvažovat o „právu zemřít“. Ovšem společnosti západního světa staví přece především na ochraně práva na život, jakákoli práva mohou být zachována pouze tehdy, je-li člověk živý. „Právo zemřít“ rozhodně není nevinné.

Již dříve vznikly tzv. „advance directives“ či „living will“ např. v podobě DNR (nezahajovat KPR), nebo v podobě „Budu-li v terminálním stavu, nepřeji si, aby mi byla poskytnuta léčba :...“, anebo „Budu-li v bezvědomí, bez naděje na zlepšení svého stavu, nechci ...“. Cílem těchto pořízení je mj. zajistit autonomii nemocného. Tato přání mají ovšem i svou etickou limitaci, např. změna smýšlení v nemoci než při zdraví. Může moje dnešní „já“ pravdivě určit, jaký bude můj nejlepší zájem pro mé „já“ za dvacet let, pro mé, třeba senilní „já“? Další hrozbou je **kluzký svah** (slippery slope) – neposkytnutí pomoci, neodkladné péče a resuscitace i tehdy, byla-li by malá, ale reálná, naděje na záchranu či zotavení apod. Jakékoli předávání tohoto přání na jiného může omezovat jeho autonomii. „Právo zemřít“ není postavené ani na přirozenosti ani na rozumu, ale je ukázkou nihilistické implikace „postliberální“ doktríny práv, odhalující i tragické vyústění snahy lékařů zvítězit nad smrtí. Mnohdy protahování života na mnohem delší dobu než by bylo rozumné nebo žádoucí (dystanázie=zadržovaná smrt, např. přístrojový život) vede k tomu, že smrt se přestává jevit jako nevyhnutelná, mnohdy „léčba“ neléčí nebo nezlepšuje stav, udržuje pouze životní funkce, často bezvědomých. Původně tedy „právo na smrt“ znamenalo zaručení možnosti odmítnout život udržující léčbu, která je zbytečná anebo nadměrně zatěžující (marná léčba). Ovšem dnes „právo na smrt“ zahrnuje ještě i odmítnutí nebo omezení či vysazení léčby s *cílem zemřít*. Je obrovský mravní rozdíl mezi podřízením se smrti, když nadešel její čas a když jsou již lékaři vůči ní bezmocní na straně jedné, a *úmyslným zabitím*, ať již v době umírání nebo v době jiné. Je tedy rozdíl mezi „nechat zemřít“ (letting die) a „způsobit smrt“ (killing), je úplně jedno jestli usmrtit aktivně nebo pasivně. Jaké jsou nejčastější příčiny žádosti o zabití trpících či nemocných : *strach z protrahovaného umírání, strach z příliš dlouhéhožití, strach z degradace díky senilitě a závislosti na jiných, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z toho, že jsou zátěží finanční, psychickou a sociální pro ostatní*. Nikdo nemá právo zabíjet, a proto nikdo nemá právo toto po někom chtít. I umírání je životem a člověk má právo žít při svém umírání bez jakéhokoli nátlaku ze strany lékaře.

Eutanázie a **kluzký svah** : např. v Nizozemí je ukončováno mnohem více životů než je uváděno, hlášeny jsou pouze případy, které splňují zákonné podmínky, a lékaři volí takové formulace o nichž vědí, že uspokojí zákonné autority (prokurátory, soudce atd.). Případy, které nebyly doprovázeny explicitní žádostí raději nehlásí a dochází k rozšiřování praxe eutanázie i na psychiatrické pacienty, nebo nemocné, kteří nejsou v terminálním stavu. Cílem zákona o eutanázii v Nizozemí není dobro nemocného a ochrana autonomie pacienta, ale ochrana lékařů před trestem. Když člověk nebo společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, již sama gravitace je stahuje dále a dále. V případě eutanázie to znamená, že pokud se dovolí lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí. Dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, k ukončování životů lidí sice s chorobami nevyléčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi (nejsou v terminálním stavu), k ukončování životů těžce postižených novorozenců, senilních lidí nebo lidí s různým mentálním postižením. Mezi eutanázií chtěnou a nechtěnou, nebo dokonce proti vůli nemocného je jenom krůček.

V současnosti vychází medicínská etika (součást profesních povinností a standardů ve smyslu čl.4 Úmluvy o biomedicíně) při poskytování zdravotní péče ze 4 nejdůležitějších principů. Z preference činění dobra před zlem pro pacienta plyne **princip nonmaleficence (neškození - primum non nocere)**, kdy zákrok, který je medicínsky podle standardů či doporučení indikován, je ve skutečnosti indikován pouze tehdy, převažuje-li možný přínos pro konkrétního pacienta v konkrétním zdravotním stavu nad možnými riziky. Byl-li by takovýto zákrok spojen s nepřiměřeným rizikem, pak nemůže být proveden; obdoba krajní nouze a její širší výklad pro slovo „zřejmě“⁴⁴. Mezi další patří **princip beneficence (dobročinění - „salus aegroti“)**, tj. konání vždy v zájmu a prospěchu pacienta (např. čl.2 Úmluvy). Ochrana života vyplývá z práva na život (např. čl.6 LZPS), obnova či korekce poškozených orgánových funkcí, analgezie a úleva od utrpení, snaha o zlepšení kvality života atd. je základní profesní povinností zdravotníků ve smyslu čl.4 Úmluvy.

Dále se jedná o **princip respektu k autonomii** („voluntas aegroti“ např. čl.5 a 9 Úmluvy) a **princip spravedlnosti** (princip rovnosti přístupu ke zdravotní péči, limity dostupnosti ve smyslu čl.3 Úmluvy). Co se týká principu respektu k autonomii, pak autonomie je schopnost osoby kriticky reflektovat a poté se pokusit přijmout nebo změnit své preference, přání, hodnoty a ideály. Osoba by měla mít schopnost určit pro sebe druh morálních zdůvodnění, uvažování a principů, na základě kterých bude jednat a bude za ně odpovědná. Co se týká principu respektu k autonomii v kontextu smrti a umírání, pak cílem by mělo být zbavit pacienta strachu z horlivé a často marné (zbytečné) léčby a ze ztráty kontroly nad sebou samým v případě nastupující a nevyhnutelné smrti. Ti, co eutanázii propagují se zaštiťují právě principem respektu k autonomii buď tím, že nemocný je zákazník a spotřebitel a pacientova autonomie je prvořadým principem, jedině jeho záměr rozhoduje, anebo tím, že nemocný s lékařem vstupují do smluvního poměru, kdy mohou sdílet úmysl urychlit smrt eutanázií nebo asistovanou sebevraždou a nikoho dalšího se to netýká. Je dobré připomenout, že „smluvní strany“ nejsou naprosto rovnocenné, jak pokud jde o znalosti, tak pokud jde o moc. Ve jménu autonomie pacienta může být jeho autonomie vlastně zcela popřena. Je potřeba zamyslet se i nad tím, zda-li člověk plný strachů a obav, plný utrpení jiného druhu než fyzického, pod vlivem léků, často opuštěný a nacházející se v odlidštěném prostředí zdravotnického zařízení, je vůbec schopen „autonomně“ rozhodovat o svém bytí či nebytí. Vždyť cílem lékařova snažení má být nemocnému jeho autonomii navracet a nikoli jej v tomto stavu, kdy lze o jeho autonomii pochybovat, zabíjet. Žádost o zabití má zcela jiný pravý obsah, a to prosbu o skutečně lidskou pomoc, a nikoli prosbu o zabití.

V případě umírajícího nemocného se jedná o asymetrický vztah mezi zranitelným nemocným a lékařem, jemuž je tento nemocný svěřen a jemuž bezmezně důvěřuje. Je zřejmé, že nedojde ani k uzdravení ani k vyléčení, proto jediným východiskem je kvalitní paliativní péče a léčba při respektování a ošetřování všech dimenzí člověka. Nemocní v terminálním stadiu jsou velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoli nápady jiných, o nápadech lékařů ani nemluvě.

Pokud lékař zabije nemocného jedná se o největší selhání, jehož se lze vůbec dopustit, a nikdy nemůže být omluvou skutečnost, že si to nemocný přál. Lékař je plně odpovědný za to, co dělá. Z toho plyne, že zákaz zabíjení je naprosto nutnou podmínkou k podpoře umírajících a trpících díky dokonalé paliativní a hospicové péči.

Co to vlastně eutanázie je? Mnoho diskutérů o eutanázii se mylně domnívá, že člověk má pouze 2 možnosti : buď umře v nesnesitelných bolestech, anebo má možnost milosrdně „ukončit“ život a tak utrpení zabránit. V dřívějších dobách byla eutanázie tříděna na aktivní a pasivní. Aktivní vyžadovala aktivní zásah vedoucí ke smrti (=zabití, např. podání smrtelného léku), zatímco pasivní znamenala ustoupení od aktivity (např. nepodání potřebných léků, omezení, nenasazení či vysazení léčby za cílem navození smrti). Záleželo rovněž, zda-li to nemocný chtěl, nechtěl, anebo dokonce byl usmrcen i proti své vůli. Proto existovaly – aktivní vyžádáná (chtěná) eutanázie, pasivní nevyžádáná (nechtěná) eutanázie, aktivní nedobrovolná eutanázie atd. Problém činil pojem *pasivní eutanázie*, pod kterým mohly být schovány 2 diametrálně rozdílné postupy. Za 1. nezasáhnout s úmyslem zabít (v podstatě stejné jako aktivní eutanázie), za 2. nezasáhnout s úmyslem zbavit umírajícího nemocného dalších utrpení vzniklých při marné (zbytečné) léčbě příliš zatěžující a přinášející umírajícímu nemocnému více utrpení než užitku. Pro tuto nejednoznačnost by pojem pasivní eutanázie neměl být vůbec používán. **Eutanázie je dnes úmyslné ukončení života (zabití) člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným (=lékařem), na jeho vlastní žádost.** Ve starém Řecku znamenala původně eutanázie dobrou, lehkou, krásnou, rychlou, bezbolestnou smrt. **Asistované suicidium (sebevražda) je ukončení života samotným pacientem na radu (pomocí) lékaře⁴⁵.**

Naštěstí jak eutanázie, tak i asistovaná sebevražda, jsou u nás doposud stále trestné, v prvním případě podle §219 TZ (vražda) a ve druhém případě podle §230 TZ (účast na sebevraždě). A se stejnou právní kvalifikací počítá i nový trestní zákon - §138 (vražda) a §142 (účast na sebevraždě)⁴⁶.

45 MUNZAROVÁ M.: Eutanazie, nebo paliativní péče?, Praha, Grada, 2005, s 11 a násl.

46 např. i [http:// www.psp.cz](http://www.psp.cz) , postoupeno Senátu tisk 11/0 - odkaz : §138 a §142 nového TZ

Problematicy eutanázie jsem se dotknul jen do nezbytně nutné míry, jelikož s problematikou TČ *neposkytnutí pomoci* souvisí.

Jaký je vztah mezi právem na život podle čl.6 LZPS a svobodou ve smyslu svobody rozhodování ve smyslu čl.7, 8, 9 a 10 LZPS, a to i o svém životě? Svolení poškozeného, aby mu nebyla poskytnuta pomoc, lze chápat jako výkon práv ve smyslu čl. 7,8,9 a 10 LZPS. Již z řazení článků podle pořadí v LZPS lze usuzovat, že právo na život stojí výše, je to právní hodnota (statek) zásadnější povahy, než osobní svoboda ve smyslu čl. 7,8,9 a 10 LZPS, a i právní nauka toto jednoznačně potvrzuje⁴⁷; osobní svoboda je považována za méně významný právní statek než lidský život, stejně v tomto duchu doposud hovoří judikatura. Např. judikát ze dne 29.4.2002 ES-Pretty v. Spojené království, č.2346/02, ve kterém těžce nemocná (degenerativní nevyléčitelné onemocnění (motor neuron disease), ještě se nejednalo o terminální stav tohoto nevyléčitelného onemocnění, jelikož její předpokládaná doba přežití byla v řádu týdnu či měsíců, plegická stěžovatelka plně způsobilá k právním úkonům usilovala o eutanázii či pomoc při sebevraždě. Tímto vyjadřovala své preference a přání ohledně poskytování či neposkytování zdravotní péče ve smyslu čl. 9 Úmluvy. Její manžel byl ochoten eutanázii či pomoc při sebevraždě provést, sama si život vzít nesvedla a pomoc při sebevraždě je ve Velké Británii také trestná jako u nás. Soud dovodil, že právo na život ve smyslu čl.2 Evropské úmluvy o lidských právech (dále jen „EÚLP“) v sobě nezahrnuje „právo zemřít“ či „právo na smrt“. Odmítl též všechny další námitky stěžovatelky. Její utrpení nepředstavuje nelidské a nedůstojné zacházení ve smyslu čl.3 EÚLP ve spojení s čl.2 EÚLP, neboť není výsledkem působení veřejné moci či poskytováním nebo neposkytováním zdravotní péče, nýbrž pouze jejím onemocněním. „Právo na smrt“ nelze dovodit ani z ochrany soukromí, ani ze svobody myšlení, svědomí či náboženského vyznání. Soud i dovodil, že je spravedlivé a rozumné nerozlišovat mezi zdravým a nemocným, pokud jde o možnost vzít si život. Zde se jednalo o aktivní chtěnou eutanázii, kterou tímto Evropský Soud pro LP jednoznačně odmítl.

47 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 245

Nicméně případ paní Pretty je typickým případem marné intenzivní léčby v nejširším možném rozsahu, a právě proto u takto nemocné paní v daném stadiu nemoci, by bylo správné ji nezatěžovat horlivou a příliš zatěžující marnou léčbou, zvláště tehdy, pokud by takovou léčbu odmítala, a zvláště tehdy, pokud by rizika a komplikace této léčby byla vyšší než přínos pro ni (viz princip nonmaleficence). Paní Pretty ve skutečnosti nepotřebovala, aby jí někdo zabil, ale potřebovala kvalitní paliativní péči a léčbu. Vycházím tedy z předpokladu, že právo na život stojí výše než osobní svoboda jednotlivce. Z toho dovozují, že samotný svobodný projev vůle kohokoliv (dospělého s plnou způsobilostí k právním úkonům) bez dalších podmínek o tom, že si nepřeje, ať už v současnosti nebo do budoucna (pro futuro-čl.9), aby se mu poskytovala určitá zdravotní péče či neodkladná pomoc, je-li nebo bude-li v přímém bezprostředním ohrožení života či ve stavu, kdy je mu nutno poskytnout neodkladnou zdravotní péči (pomoc) (čl.8) a současně nebude schopen v tomto stavu plně způsobilý projevovat svou vůli nebo jen částečně způsobilý, nestačí samo o sobě k tomu, aby se jí tato určitá zdravotní péče či neodkladná pomoc skutečně neposkytla. Poskytování zdravotní péče musí být v souladu s naším právním řádem, a proto je potřeba právně vycházet z Úmluvy o biomedicíně, jakožto mez. smlouvě o LP a základních svobodách v oblasti poskytování zdravotní péče, jež je základní normou v oblasti medicínského práva. Z Úmluvy rozhodně přímo nevyplývá, že by pořadí výše naznačených hodnot (právo na život v. svoboda rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče) měnila a umožňovala automaticky sama o sobě možnost zakázat poskytování nutné zdravotní péče, což by mohlo „v souladu s právem“ vést ke smrti zabitím. Nesouhlasím s názorem, že „pasivní eutanázie je u nás v souladu s právem“⁴⁸. Informovaný nesouhlas (negativní revers), kdy pacient odmítá nějakou zdravotní péči sice úzce souvisí s problematikou eutanázie a marné léčby, ale v žádném případě není synonymem pro eutanázii, je rozdíl mezi informovaným nesouhlasem a eutanázií.

48 CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: Trestní právo a zdravotnictví, 2. vydání, Praha, Orac, 2004, V. kapitola-Dostál, s 86-87 a VI. kapitola-autor Holčápek, s 111

Co se týká samotné Úmluvy o biomedicíně, tak její jednotlivá ustanovení lze interpretovat jako jakoukoliv jinou právní normu, tedy v logické návaznosti všech jejích ustanoveních, která tvoří nedílný celek. Úmluvu o biomedicíně se sestává z Preambule, ze Všeobecných ustanovení, z ustanovení upravujících informovaný souhlas, soukromý život a právo na informace, lidský genom a zákaz klonování lidí (viz Dodatková protokol), vědecký výzkum, odebrání orgánu a tkáně z živých dárců pro účely transplantace, zákaz finančního zisku a disponování částí lidského těla, výklad a dodržování Úmluvy a závěrečná ustanovení. Preambule je určitou výkladovou pomůckou, důležité je, že Úmluva o biomedicíně odkazuje ve své Preambuli na Úmluvu na ochranu LP a ZS ze dne 4.11.1950, přičemž tyto dvě Úmluvy sdílejí tentýž základní přístup, řadu etických zásad a právních konceptů⁴⁹. Na prvním místě je zájem a blaho lidské bytosti, na který bezprostředně navazuje zájem vědy a společnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Dále z Úmluvy přímo plyne, že vnitrostátní právo musí být v souladu s Úmluvou. Úmluva má spousty ustanovení tzv. self-executing, tedy přímo aplikovatelná a bezprostředně účinná. Vymezuje pojem zdravotní péče, což jsou služby poskytující diagnostické, preventivní, léčebné a rehabilitační zákroky *sloužící k udržování nebo zlepšování zdravotního stavu nebo ke zmírňování utrpení osoby*. Zdravotní péče má mít přiměřenou úroveň z hlediska vědeckého pokroku a její kvalita musí být předmětem trvalého hodnocení. Dostupnost zdravotní péče musí být pro každého stejná. Všechny zákroky musí profesionální zdravotníci provádět v souladu s platným právem, v souladu s profesními povinnostmi a standardy, jež mohou být i nepsané, a v souladu se základními zásadami řádného výkonu lékařského povolání, jež jsou platné ve všech zemích. Může být v nich pamatováno na právo námitky profesionálních zdravotníků z důvodu svědomí. Profesionální zdravotníci jsou povinni jednat s řádnou péčí a odborností a věnovat bedlivou pozornost všem potřebám pacienta. Úkolem profesionálů je i pečovat o duševní pohodu pacienta.

49 Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně, bod 9 a 13

Profesionálové jsou povinni respektovat práva pacienta a zákrok musí splňovat kritéria relevance a úměrnosti mezi sledovaným cílem a použitými prostředky. Nikdo nesmí být nucen podstoupit jakýkoli zákrok, aniž by k tomu dal souhlas. Člověk má možnost dát nebo odmítnout souhlas se zákrokem, s výjimkou čl.6, čl.7, čl.8 a čl.26 Úmluvy o biomedicíně, které definují okolnosti, za kterých může být omezena nutnost poskytnout souhlas nebo nesouhlas se zákrokem. Za osobu neschopnou dát souhlas nebo nesouhlas se považuje osoba duševně nezpůsobilá, duševně nemocná nebo neschopná formulovat nebo sdělit svá přání (např. kraniotraumata a stavy bezvědomí), pak lze ovšem provést pouze zákrok k přímému prospěchu pro život a zdraví nemocného, s výjimkou plynoucí z čl.17 a z čl.20. Svoboda souhlasu neznamena, že profesionální zdravotníci musí vždy respektovat odvolání souhlasu pacientem, nelze respektovat odvolání souhlasu pacientem v situaci, kdyby respektování odvolání souhlasu pacientem znamenalo, že zdravotníci by postupovali v rozporu s platným právem nebo s profesními povinnostmi a standardy anebo se základními zásadami řádného výkonu lékařského povolání. Aby byl souhlas platný musí být nemocný poučen o podstatných skutečnostech týkajících se zamýšleného zákroku. Ovšem ve stavu nouze je lékař povinen jednat bez souhlasu pacienta, i kdyby byl pacient schopný dát souhlas, ale může provést pouze neodkladné (nutné) léčebné zákroky pro přímý prospěch pro život a zdraví nemocného, ovšem nemusí se pouze jednat o život zachraňující zákroky. Dále Úmluva upravuje i dříve vyslovená přání, kdy se osoba schopná dát nebo odmítnout souhlas s lékařským zákrokem vyjadřuje k budoucí možné předvídatelné situaci, kdy se bude nacházet ve stavu neschopném dát souhlas nebo nesouhlas s lékařským zákrokem a tomu odpovídající povinnost lékařů takovéto dříve vyslovené přání respektovat nebo zohlednit. Samotná Vysvětlující zpráva hovoří o tom, že ne vždy za jakýkoliv okolností musí lékaři dříve vyslovené přání respektovat, a jako příklad uvádí, že se podstatným způsobem změnila podmínky a situace (např. nový způsob léčby, technický pokrok v medicíně dříve neznámý) od doby vyslovení dříve vysloveného přání, kterou pacient v okamžiku projevu vůle nemohl předvídat (lze dovodit klauzuli rebus sic stantibus).

Podle mého názoru dalším důvodem k nerespektování dříve vysloveného přání pacientem by byla situace, kdyby respektování dříve vysloveného přání znamenalo pro lékaře neslučitelnost s jeho svědomím (per analogiam bod 30 Vysvětlující zprávy). Podle mého názoru dalším důvodem k nerespektování dříve vysloveného přání pacientem by byla situace, kdyby respektování dříve vysloveného přání znamenalo pro lékaře, že by tím porušil důležitou povinnost plynoucí z platného práva nebo z profesních povinností a standardů anebo ze základních zásad řádného výkonu lékařského povolání (per analogiam bod 30, 31, 32 a 38 Vysvětlující zprávy). Základní a nejdůležitější lékařova povinnost je ochraňovat lidský život, proto nelze respektovat „extrémní“ dříve vyslovená přání, kdy v případě jejich respektování by toto vedlo ke smrti osoby. Proto jsem přesvědčen o tom, že dříve vyslovené přání zakazující „poskytování jakékoli péče“ nelze respektovat, a vždy má platit, že lékař je povinen chránit lidský život (jiná situace je, nelze-li již lidský život u umírajícího nemocného zachránit), stejně tak v pochybnostech se má dát přednost lidskému zdraví. Je-li alespoň možné, nikoli jisté, že by pacient ve světle nových skutečností (např. se objevil nový způsob léčby nebo nastal zvrát v možnosti vyléčení choroby atd.) své přání přehodnotil, mělo by se dát přednosti jeho zdraví a zákrok provést. Uplynula-li pouze dlouhá doba od vyslovení dříve vysloveného přání, stává se povinnost lékaře respektovat takovéto přání méně zavazující až nevymahatelné. K „extrémním“ dříve vysloveným přáním se vyjádřím níže. Nedomnívám se, že dříve vyslovené přání podle čl.9 má přednost před postupem podle čl.8 (stavy nouze), protože účelem čl.8 je zakotvení povinnosti pro zdravotníky zákrok provést v situacích nouze, respektive dání přednosti povinnosti poskytnout neodkladnou péči (potřebnou pomoc ve smyslu §207 TZ) před povinností získat pacientův souhlas, kdežto účelem čl.9 je postihnout případy, kdy osoby, schopné pochopit situaci, již dříve vyslovily platné stanovisko se zřetelem k předvídatelným situacím, za kterých by nemohly vyjádřit svůj názor na takový zákrok. Proto se domnívám, že žádné „extrémní“ dříve vyslovené přání podle čl.9 nemůže mít přednost (eliminovat) před povinností zdravotníků jednat (např. poskytnout potřebnou pomoc ve smyslu §207 TZ) ve stavu nouze podle čl.8.

Další spornou situací je dříve vyslovené přání ohledně lékařského zákroku, který je sice potřebný a indikovaný, ale je extrémně finančně náročný (dokonce se nemusí v ČR provádět), pak je otázkou, zda-li lékař je vždy takovéto přání povinen respektovat, protože je vázán i tím, že by měl zajišťovat spravedlivý přístup ke zdravotní péči podle potřeb lékařského ošetření, a že dostupnost zdravotní péče musí být pro každého stejná (čl.3), tedy prostá jakékoli neoprávněné diskriminace. Jakmile bude stanovena povinnost v takovémto případě respektovat dříve vyslovené přání, pak v obdobných případech musí být postupováno stejně. Pokud by si osoba uhradila tyto zvýšené náklady (alespoň zčásti), pak bych neviděl žádný problém, kdyby lékaři v takovém případě respektovali přání pacienta. Jinými slovy s preferencemi, přáními, souhlasy, nesouhlasy a tužbami jednotlivce musí jít ruku v ruce odpovědnost za toto, stejně tak i případná finanční spoluúčast. Závěrem lze napsat, že je nutné „maximálně vyhovět a respektovat dříve vyslovená přání, ale i toto má své limity“.

Žijeme v době, ve které je potřeba si ujasnit mnoho pojmů, jež více či méně souvisejí s poskytnutím nebo neposkytnutím léčby. Přes stále větší a větší medicínské možnosti zůstávají omezené zdroje, proto je lékař konfrontován s touto situací, a musí více či méně rozhodovat o omezování léčby v intenzivní medicíně, ať už u umírajícího pacienta či blízko tomuto stavu (někdy nelze předvídat). Nelze poskytnout léčbu v intenzivní medicíně v nejširším možném rozsahu komukoli, proto právo by mělo jasně vymezit „pravidla“, která by měla být při takovémto rozhodování dodržena. Navíc pacient nemůže zůstat stranou tohoto rozhodování, on je naopak ústřední postavou se svými preferencemi, přáními a tužbami, on je ten, kdo dává souhlas nebo nesouhlas s léčbou. Existují pojmy : v nedávné době vyjádřený „**living will**“ (např. ve formě informovaného souhlasu respektive nesouhlasu) je tedy možný, což umožňuje čl.9, a v podstatě o čemkoliv, „**durable power of attorney**“ (způsobilý pacient do budoucna pro definované stavy nezpůsobilosti stanoví zástupce s definovanými rozhodovacími kompetencemi – v ČR neexistuje, v zásadě rozhoduje lékař).

Dále je potřeba vymezit pojmy, se kterými je spojeno medicínské právo a rozhodování o omezování léčby. Těmito pojmy jsou : **terminální stav, umírající nemocný, vyléčitelné/ nevyléčitelné onemocnění, obnovení nebo zachování zdravotního stavu, kvalita života, léčba nebo péče efektivní/ neefektivní/ marná/ racionální, dostupné zdroje a jejich alokace, kategorizace/ individualizace/ racionalizace nemocných při rozhodování o omezování léčby, nerozšiřování (nezahajování, nenasazení) léčby (withholding therapy) – např. DNR (nezahajovat KPR), odejmutí (vysazení) léčby (withdrawing therapy) – např. terminální weaning (odpojení od ventilátoru) a terminální extubace.** Těmito pojmy se budu dále zabývat, na daném místě je vysvětlím. Jak jsem již uvedl výše, samotný souhlas či nesouhlas či jiný projev vůle pacienta (dříve vyslovené přání), bez dalšího, není jediným zásadním kritériem, zda-li bude či nebude požadovaný zdravotní zákrok o určitém obsahu nebo rozsahu zdravotníky skutečně poskytnut. Čl.4 Úmluvy odkazuje na příslušné profesní povinnosti a standardy, ovšem ty nejsou kodifikovány v žádné právní normě. Domnívám se, že s ohledem na neustálý vývoj v medicíně (změny právních předpisů zdravotnického a medicínského práva, stále nové a nové poznatky, jež mohou měnit různá doporučení a standardy, vývoj nových technologií a technik a i vývoj medicínské etiky) nemohou být profesní povinnosti a standardy kodifikovány v žádné právní normě. Proto je potřeba sledovat vývoj všeho uvedeného a stále aktualizovat změny a zavádět je do praxe.

Změna nastala i v tom, že dnes již pacientovi poskytuje zdravotní péči **tým lékařů a dalších zdravotníků.** Jeden lékař, polobůh, který ovládá rozsah medicíny od A až do Z neexistuje. **Navíc pacient v nebezpečí smrti či jevící známky vážné poruchy zdraví a je-li skutečně kriticky nemocný, potřebuje enormní finanční náklady na záchranu/ přežití/ obnovení zdraví/ a na dostatečnou kvalitu života. Možnosti intenzivní terapie a medicínské možnosti intenzivní terapie jsou omezené. Navíc, aby byl dodržen spravedlivý přístup, pak obdobnému pacientovi se musí dostat stejné péče/léčby ve stejné šíři. Navíc tato šíře musí poskytnout těmto pacientům péči alespoň *přiměřené kvality.***

Z toho všeho plyne, že každému pacientovi smí být poskytnuta pouze taková intenzivní terapie v takovém rozsahu, jaký si vyžaduje jeho zdravotní stav, tedy v racionálním rozsahu.

Nejvíce nákladnou je intenzivní medicína, proto rozhodování o omezování léčby se děje právě zde. Mezi hlavní úkoly intenzivní medicíny od pradávna patří *záchrana lidského života*. Ovšem je toto pouze tím jediným cílem v současnosti? Zachraňování lidského života zůstává. Ovšem je-li pacient **nevléčitelně nemocný a současně jeho zdravotní stav je v terminálním stadiu bez možnosti vývoje směrem k zotavení a umírá**, pak důsledné poskytování terapie v tom nejširším možném rozsahu může způsobit pouze nepatrné prodloužení života (jestli vůbec) u tohoto nemocného, způsobí enormní náklady zbytečně vynaložené, kdy ani nedojde ke zvýšení kvality života při poskytované terapii v nejširším možném rozsahu, který i přes veškerou snahu stejně umírá. Je tedy zřejmé, že již nelze zachránit jeho život. A proto současná medicínská etika, nejen v intenzivní medicíně, stejně tak samotní lékaři, se snaží tuto eticko-právní problematiku či rozvahu (Co ano, co ne? Jak dlouho? atd.) objektivizovat, formalizovat a rozhodnout o omezování terapie. Jak a kdo určí kvalitu života? Co je přínosem pro pacienta a co je již neúměrnou zátěží pro pacienta, rodinu, ošetřující zdravotníky, systém veřejného zdravotního pojištění? Jak užívat standardní či mimořádné prostředky? Dříve bylo jediným hlediskem intenzivní medicíny kritérium přežití pacienta a kvalita života byla opomíjena. Dnes je přežití pacienta korigováno právě doplněním kritéria kvality života. Jedině sám pacient by měl určit, co ještě považuje za kvalitní život, a co už nikoli. Každý má svůj hodnotový žebříček, své preference, své přání, tužby, náboženství, vyznání atd., někdo bude pociťovat jizvu na břiše za enormní snížení kvality života (např. topmodelka) a někdo, upoután na vozík bude toto upoutání na vozík pociťovat za nižší snížení kvality života než v předchozím případě (např. člověk, jenž nepoznal stav, kdy by nebyl upoután na vozík, je od narození na vozíku).

1. Zhodnotit kvalitu života a rozhodnout se o omezování terapie může být jednodušší, je-li *pacient při vědomí a schopen projevit svou vůli, sdělí sám, co si přeje nebo nepřeje*, nebo je-li zde *infaustní prognóza z hlediska přežití* (např. trauma blížící se neslučitelnosti se životem, či nevyléčitelné onemocnění v terminálním stadiu bez možnosti vývoje směrem k zotavení), anebo *přes poskytování intenzivní medicíny v nejširším možném rozsahu nedojde k žádnému zlepšení s možným vývojem směrem ke zotavení*.

2. Velmi obtížné je zhodnotit kvalitu života a rozhodnout se o omezování terapie, *není-li nemocný při vědomí nebo není schopen projevit svou vůli*, anebo *při poskytování intenzivní medicíny v nejširším možném rozsahu dojde k nějakému zlepšení a pacient má reálnou šanci na přežití ovšem za cenu „velmi nízké kvality života“* (např. totální míšňí léze ve výši C1/C2 u seniorů, terminální stav amyotrofické laterální sklerozy s dechovou insuficiencí a s nemožností polykat sliny, osoby v permanentním vegetativním stavu, závažně patologičtí novorozenci s nízkou porodní těl. hm., nezletilý teenageři po opakovaných zástavách oběhu a úspěšných KPR po předávkování drog, pacienti po polytraumatech s kraniotraumatem po dopravních nehodách, terminální stav AIDS, velmi pokročilá mozková ateroskleróza, Alzheimerova choroba). V těchto případech, pokud nemocný není schopen projevit vůli, pak někdy rodiče nebo blízcí žádají o ukončení intenzivní terapie (někdy i veškeré zdravotní péče), nebo naopak trvají na intenzivní terapii v nejširším možném rozsahu. Jak a kdo má u těchto nemocných rozhodnout o kvalitě jejich života? *Vždy je potřeba od počátku diskutovat o kvalitě života pacienta s jeho rodinou a se všemi členy týmu, kteří pacientovi poskytují zdravotní péči*. Závěr většinou není jednoznačný a tíha rozhodnutí a odpovědnosti za omezení terapie zůstává na ošetřujícím lékaři nebo vedoucím lékaři. Proto, aby u těchto nemocných se zmírnila prognostická nejistota, jak nadále se bude jejich zdravotní stav vyvíjet a zdali poskytovat terapii i nadále v co nejširším rozsahu, je/bylo za tímto účelem snaha vytvořit určité skórovací systémy, které tyto nemocné roztrídily na různé kategorie. Skórovací systémy jsou založeny na analýze závažnosti aktuálního stavu a na predikci šance na přežití v. smrti, ale jsou pouze pomocným kritériem.

Například Ethics Committee of the Society of CCM (Critical care medicine) z roku 2001 doporučuje zanalyzovat: 1. pravděpodobnost úspěšnosti intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu, 2. odhad délky života v případě přežití kritického stavu, 3. zanalyzovat kvalitu života při přežití, 4. přání nemocného (např. viz čl.9 Úmluvy), nelze-li zjistit pak zohlednit i přání rodiny, 5. analýza nákladů (ekonomických, lidských atd.) na přijetí a poskytování intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu na jedné straně, a na druhé straně případná nemožnost na přijetí a poskytování intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu jinému či jiným pacientům v důsledku vyčerpání dostupných zdrojů (ekonomických, lidských atd.) (např. ve smyslu čl.3 Úmluvy), 6. individuální morální či náboženské preference pacienta, jsou-li známy.

Spor mezi právem na život a ochranou soukromí zvažoval i britský soud při rozhodování o ukončení intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu u pacienta v kómatu po úrazu s infaustní prognózou. Soud položil důraz na zohlednění předchozího mínění pacienta (bod 4 a 6-viz výše) a připomněl omezenost prostředků na intenzivní terapii v nejširším možném rozsahu (bod 5-viz výše)⁵⁰. Jinými slovy lze z tohoto judikátu vyvodit, že rozhodování o omezování intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu je nejen legální, ale i legitimní, etické (viz níže názor WMA), tedy v definovaných případech i nutné.

I podle World Medical Association nic nebrání zdravotníkům, aby respektovali přání pacienta a dovolili, aby se v terminální fázi nemoci ponechal volný průběh přirozenému procesu umírání (ale nezkracoval). *Charakteristikou eutanázie je, ať už pasivní či aktivní, uspíšit smrt pacienta, zkrátit život, byť na žádost pacienta, ať už konáním či opomenutím-nezahájením či přerušením veškeré zdravotní péče, nebo zásadní péče, což povede ke smrti.* Jinými slovy hlavní cíl intenzivní medicíny zůstává stále stejný, tj. záchrana lidského života, nicméně nelze-li tohoto cíle dosáhnout, pak u kriticky nemocného v terminálním stavu bychom měli preferovat optimální zájem pacienta nad pravidlem za každou cenu takovémuto pacientovi prodlužovat život.

50 KŘEPELKA F.: Evropské zdravotnické právo, Praha, Orac, 2004, s 31, 34 a rozsudek The House of Lords-Airedale NHS Trust v. Bland

Chceme-li zjistit optimální zájem pacienta, je potřeba zanalyzovat jeho kvalitu života s důrazem na autonomii nemocného.

Jednou z možností, jak provádět rozhodování o omezování terapie je kategorizace těchto nemocných. Tedy kategorizace těchto kritických nemocných na základě skórovacího systému je možným pomocným postupem. Dalším vedlejším cílem intenzivní medicíny je zajistit skutečně „dobré umírání“, nelze-li pacienta zachránit. Jakým způsobem, o jakém obsahu, mají zdravotníci poskytovat potřebnou pomoc těmto nemocným?

Za **1.** za každou cenu zachovat umírajícího pacienta při životě a oddalovat jeho smrt, která stejně musí nastat (tradiční výchova lékařů), nebo za **2.** u kriticky nemocného umírajícího v terminálním stavu se o takového pacienta **přiměřeně starat a pečovat** o jeho potřeby a neovlivňovat proces jeho umírání (dovolit pacientovi zemřít) a rozhodnout tedy o omezení terapie, anebo za **3.** urychlit proces jeho umírání (eutanazie, asistovaná sebevražda). *Jsem přesvědčen o tom, že východiskem po pečlivé analýze je u umírajícího pacienta, např. kriticky nemocný v terminálním stavu, bod 2.*

Ordinace WD a WH therapy mohou zkrátit proces umírání, ale nezpůsobí sama od sebe smrt pacienta (není zde úmysl), a proto se nejedná o eutanázii. **Marná léčba je taková léčba, která nevede k užitečnému cíli a neposkytuje okamžitý nebo dlouhotrvající prospěch pro umírajícího pacienta, nebo se jedná o léčbu, která má sice dočasný efekt na zlepšení fyziologických parametrů, ale v konečném důsledku není umírajícímu nemocnému prospěšná, a může být pro umírajícího zatěžující v důsledku naplnění mnohých rizik a komplikací.**

Podle Etické komise AMA (American medical association) z roku 1994 zdravotníci neporušují medicínskou etiku, pokud neposkytují léčbu, která podle jejich profesionálního posouzení nemá šanci být pro pacienta prospěšná. U nás podle §2 odst.7 Etického kodexu ČLK nelze konání zdravotníků považovat za eutanázii, pokud sleduje poskytováním či neposkytováním určité léčby zájem pacienta (např. zabraňuje jeho útrapám, poskytují účinnou analgézi, z toho plyne, že postupují v souladu s profesními povinnostmi a standardy podle čl.4 Úmluvy, tedy po právu, nikoli protiprávně).

Nemohou být vypracovány jednotně indikace WH/WD therapy, každý člověk je individuum lišící se od ostatních. Proto je potřeba před jejich indikováním za **1.** získat korektní data o prognóze přežití a kvality života při přežití, za **2.** při jejich nejistotě nebo při různých názorech ošetřujícího týmu zamezit nevratným rozhodnutím (neindikovat DNR, WD, WH) a ponechat si určité časové období, zda-li dojde k jistotě o prognóze přežití a kvality života při přežití nebo dojde ke shodě v názorech ošetřujícího týmu a teprve poté indikovat DNR, WD, WH, a za **3.** plně informovat od počátku rodinu (s výjimkou vyplývající z čl. 10 odst.1 Úmluvy, pokud pacient zakázal poskytování informací o svém zdravotním stavu celé rodině). Současně je potřeba od rodiny získat co nejvíce informací o dosavadním způsobu života, o preferencích, o přáních pacienta ve smyslu čl. 9 Úmluvy, o jeho případných individuálních morálních či náboženských preferencích. Ovšem není potřeba souhlasu rodiny o indikacích DNR, WD, WH, jelikož rodina může mít jiné cíle a preference než pacient, **ale informovat rodinu každopádně ano.**

Otázky neposkytování určité intenzivní terapie u kriticky nemocných náš právní řád neupravuje, proto platí LZPS (čl.6), Úmluva o biomedicině a ubohý ZOPL. Aby se skutečně jednalo o marnou terapii, a nejednalo se o eutanázii či asistovanou sebevraždu, aby bylo neposkytnutí určité intenzivní terapie legální, je potřeba vždy zajistit potřebnou zdravotní péči, např. **adekvátní analgézi** a **mírnit či eliminovat utrpení nemocného.** Rozhodnutí typu DNR, WD, WH má činit ošetřující/vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí s dostatečnou zkušeností a praxí a po shodě s ošetřujícím zdravotnickým týmem, je-li to možné respektovat přání pacienta nebo alespoň znát jeho preference, např. od rodiny. Nebude-li nějaká terapie (zárok) indikovaná, musí tomu předcházet odborné posouzení, zda-li neindikováním je sledován zájem pacienta tak, aby u něj nedocházelo ke zbytečnému utrpení. Jak indikování tak neindikování určité terapie (zároku) musí být účelné pro zájem pacienta a odůvodněnost indikování či neindikování určité terapie (zároku) se musí všeobecně přijímat, tj. být v souladu s profesními povinnostmi a standardy ve smyslu čl.4 Úmluvy.

Rozhodování o omezování terapie se může provádět pomocí kategorizace nemocných na lůžkách ICU (intensive care unit), jež může dokonce vyústit alespoň v částečnou standardizaci těchto postupů. Indikaci k racionalizaci terapie, v tomto případě ke kategorizaci musí předcházet odborné, medicínsky podložené posouzení stavu nemocného (anamnéza, povaha choroby, dosavadní průběhu choroby, stupeň a rozsah orgánové dysfunkce, stupeň narušení integrity organismu jako celku, reakce na dosavadní terapii, prognózu přežití a kvality života při přežití nemocného v krátkodobém i dlouhém časovém horizontu). Dále musí následovat konsensus v ošetřujícím týmu, informování rodiny (blízkých) a posléze záznam do zdravotní dokumentace. Zřetel musí být dán na předem projevenou vůli pacienta či jeho preference, a na výchozí a předpokládaný stupeň kvality života při přežití po ukončení intenzivní léčby/péče.

Již při přijetí na ICU nebo bezprostředně poté by měl být stanoven rozsah diagnostických a terapeutických postupů u každého nemocného, které vyžaduje jeho zdravotní stav.

Výchozí kategorií při přijetí k intenzivní léčbě/péči je kategorie I (A)-*plná intenzivní léčba v nejširším možném rozsahu*, s možností zařadit při přijetí nemocného do jiné kategorie vedoucím lékařem oddělení za splnění podmínek, že tak činí odůvodněným návrhem ošetřující lékař se specializovanou způsobilostí s dostatečnou zkušeností a praxí, a že ke změně kategorie dojde až na základě konsensuálního rozhodnutí ošetřujícího zdravotnického týmu, a po informování rodiny, a při samozřejmém zhodnocení a aplikací výše uvedených medicínsko-eticko-právních principů.

Do kategorie II (B)-*nerozšiřování (nezahajování, nenasazení) léčby (withholding therapy) intenzivní léčby* jsou zařazováni nemocní s nepříznivou prognózou přežití a kvality života při přežití, u nichž další poskytování intenzivní léčby v nejširším možném rozsahu nevedlo ke změně těchto prognóz. Proto nedochází ještě k dalšímu rozšiřování intenzivní léčby, a v případě komplikací vzniklých dosavadně poskytovanou intenzivní léčbou, vyjma komplikací vzniklých iatrogeně (aby se nejednalo o eutanázii), se dále neřeší, a je ponechána dosavadní úroveň poskytované intenzivní léčby a péče.

Do kategorie III (C)-odejmutí (vysazení) léčby (*withdrawing therapy*) až na úroveň základní zdravotní péče (*paliativní péče*) jsou zařazováni nemocní, u nichž není možno, nade vší pochybnost, ovlivnit intenzivní léčbou v nejširším možném rozsahu jednoznačně nepříznivou prognózu přežití nebo kvality života při přežití, a proto se snižují a vysazují postupy orgánové podpory, např. se vysazuje léčba na podporu oběhu, respirace (terminální weaning, terminální extubace), vysazuje se invazivní monitorace, která nic nového nepřináší a zatěžuje umírajícího. Dosavadní nejširší možný rozsah intenzivní léčby se redukuje až na poskytování základní zdravotní péče (*paliativní péče*), mezi níž patří mj. důsledná a kvalitní ošetrovatelská péče (např. hygiena o nemocného, prevence dekubitů atd.), důsledná analgezie, důsledné mírnění či eliminace utrpení pro pacienta např. sedací a dostatek příjmu tekutin (výživy) pro pacienta (např. infuzní terapie), péče o duchovní a emoční potřeby nemocného atd. V případě komplikací vzniklých dosavadní zdravotní péčí se dále neřeší (nerozšiřuje se jejich terapie), vyjma komplikací vzniklých iatrogeně (aby se nejednalo o eutanázii).

Pro stanovení ordinace DNR (nezahájit KPR) platí to stejné, jako pro výše uvedenou kategorizaci. Ordinance DNR se stanovuje paralelně, tj. nezávisle na stanovené kategorii u nemocného, bez přímé vazby na jednotlivé kategorie, a stanovuje se tehdy, nelze-li očekávat změnu nepříznivé prognózy přežití a kvality života při přežití při zástavě oběhu (cardiac arrest) u tohoto nemocného. Ordinance DNR může být přiřazena jak ke kategorii II, tak ke kategorii III (zde je podle mého názoru automaticky).

Rozhodování o omezování léčby v intenzivní medicíně je nedílnou součástí rozhodovacích procesů v denní klinické praxi, je součástí léčebného plánu.

Co se týká samotné kategorizace, tak to není nic jiného než **stanovení rozsahu diagnostických a terapeutických postupů u nemocného, které vyžaduje jeho zdravotní stav.**

Limitem každé kategorizace je fakt, že ze samotné kategorie (II a III) neplyne konkrétní obsah a rozsah léčby pro nemocného, kategorie v obecné rovině neřeší jednotlivé kroky, které mohou být příčinou nejasností, je zde problém s interpretací co ano a co ne, a z toho plynoucí možný negativní postoj rodiny (někdy i personálu). Limitem je i možnost dilematu při neočekávané a nepředpokládané změně stavu, problémem může být i řešení či neřešení iatrogenních komplikací.

Výhodou kategorizace je snadnější orientace personálu, zajišťuje kontinuitu rozsahu zdravotní péče, zabrání v poskytování marné léčby, více zdrojů se může koncentrovat na nemocné s reálnou nadějí na příznivý klinický výsledek („přeživší alespoň s akceptovatelnou kvalitou života“), a ve svém konečném důsledku klade důraz na etický, lidský a důstojný přístup k nemocnému. Co se týká záznamu do zdravotní dokumentace, tak je potřeba uvést zápis s epikrizou a zdůvodněním, proč dochází k omezování intenzivní léčby, do jaké kategorie se pacienta zařazuje, s písemným vymezením, které postupy nebudou nasazeny, nebo vysazeny.

Další z možností, jak provádět rozhodování o omezování terapie je individuální přístup k nemocným v intenzivní medicíně. Na rozdíl od kategorizace k racionalizaci terapie, zde by docházelo k racionalizaci terapie tím, že by byl stanoven konkrétní obsah a rozsah léčby pro nemocného a konkrétní jednotlivé kroky postupu, s tím, že by se vyřešil problém s interpretací co ano a co ne, a z toho plynoucí možný negativní postoj rodiny (někdy i personálu). Při neočekávané a nepředpokládané změně stavu by se musel opětovně vymezit konkrétní obsah a rozsah léčby pro nemocného a konkrétní jednotlivé kroky postupu. Nemocný by se tedy nezařazoval do žádné kategorie. Nevýhodou proti kategorizaci je poněkud horší orientace personálu. Taktéž by se zabránilo poskytování marné léčby.

Toto je podle mého názoru cesta, kterou je potřeba jít při rozhodování o omezování intenzivní léčby a při stanovování limitů poskytování intenzivní léčby v nejširším možném rozsahu. Je to cesta velmi složitá, ale legální, legitimní, morální a etická, a proto správná. Aby se šlo touto cestou, cestou rozvoje kvalitní a dostupné paliativní péče (medicíny), pak je potřeba udělat maximum, a to proto, aby se zamezilo zabíjení pacientů, jak se hojně děje např. v Nizozemí, aby všichni přišli na to, že vzrušené debaty ohledně eutanázie (ať už pro nebo proti) jsou zbytečné, překonané, obsoletní, a že zastánci eutanázie jsou minimálně neznalí věci, a že jsou odsouzeníhodní. I podle World Medical Association je eutanázie a pomoc při sebevraždě neetická⁵¹. *Neochotně a maximálně a jako nejkrajnější možnost* si dovedu představit analogicky, jak je navrhováno v novém TZ, např. pro týrané ženy, jež v důsledku předchozího jednání poškozeného zabijí svého trýznitele, zařazení omezeně privilegované skutkové podstaty pro eutanázii do §139 odst.1 „Zabití“. Např. nová věta druhá zmíněného odstavce : „Stejně tak bude potrestán zdravotník při výkonu praxe, který na opakovanou žádost trpící dospělé způsobilé osoby, která umírá a je v terminální stavu nemoci, ji úmyslně usmrtí“. Trestní sazba by byla 3 až 8 let (méně než u vraždy), ale v žádném případě by se nemělo jednat o úplnou dekriminizaci a beztrestnost.

Běda nám a jakékoliv jiné společnosti, pokud bychom se vydali stejnou cestou po kluzkém svahu jako v Nizozemí, dopadneme až na to nejhlubší černé dno, kde lékaři budou zabíjet své pacienty, a už nebude cesta zpět, a budeme se tvářit, že je to „normální“, např. pod rouškou absolutního upřednostnění autonomie jedince.

„Smrt člověka považuji za normální přirozený konec života, a i kdybychom se stavěli na hlavu, tak tento fakt neumíme doposud změnit, na druhou stranu zabít člověka znamená popřít nejzákladnější a nejdůležitější přirozené právo na život a popřít základ (morální a právní), na kterém stojí celý západní civilizovaný svět.“

Zdravotníci na rozcestí při střetu dvou základních hodnot, povinnosti ochraňovat lidský život v. povinnosti respektovat autonomii pacienta

Přímo z čl.6 odst.1 věty druhé LZPS: „Lidský život je hoden ochrany již před narozením“ vyplývá **pro každého právní povinnost chránit lidský život. Zvláště pak tato povinnost platí pro zdravotníky, jelikož plyne jak z medicínské etiky, jež je podle mého názoru nedílnou součástí profesních povinností ve smyslu čl.4 Úmluvy o biomedicíně, tak i z účelu zdravotnického povolání. Lidský život je základní lidskou hodnotou**, proto je jeho ochrana již v čl.6. Protože má každý právní povinnost chránit život, pak tedy „Nikdo nesmí být zbaven života“, čl.6 odst.2. S výjimkou vyplývající z čl.6 odst.4: „Zbaví-li kdokoliv kohokoliv života, nebude to porušením práva na život tehdy, nastane-li zbavení života v souvislosti s jednáním, které není trestné“. Zbavení lidského života např. neposkytnutím potřebné pomoci je nežádoucí, trestné a porušením čl.6, opomenutím chránit život. Podle řazení článků LZPS za sebou, ale i z logiky (nejdříve musí být život, pak může být ostatní), právo na život má podle LZPS přednost při jeho možném střetu s právem na svobodu rozhodování podle čl.7,8,9,10 LZPS. Právo na život má přednost při jeho možném střetu s výkonem práva na svobodu rozhodování, protože podle LZPS patří právo na život mezi základní práva, což podle čl.1 LZPS znamená, že právo na život je nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Nezadatelnost znamená, že se člověk nemůže vzdát práva na život ve prospěch někoho jiného nebo celku, nemůže ho nikomu postoupit (zadat), nemůže být pominuto. Nezcizitelnost znamená, že člověku nemůže být právo na život kýmkoliv a jakkoliv odňato (z cizí vůle=právo na život působí erga omnes), *práva na život* se člověk nemůže sám vzdát⁵². Člověk se sám může vzdát svého života dokonáním sebevraždy, čímž může se svým životem tímto způsobem disponovat. Nemůže-li se člověk vzdát práva na život a nemůže-li mu právo na život být třetí osobou odňato, pak tedy nikdo nemá právo na smrt, tedy nikdo nemůže být kýmkoli oprávněn kohokoli usmrtit, ať už z jakékoli pohnutky.

Proto ani „soucít“, ani „milosrdenství, a ani „útrpnost“ neumožňují podle LZPS zdravotníkům svým jednáním usmrtit nevyléčitelně nemocného v terminálním stavu. Takovéto jednání by bylo trestné podle §219-224 TZ. Aby tomu tak nebylo, muselo by být výslovně stanoveno, že takovéto jednání není trestné, není porušením práva na život, a splněna tak podmínka stanovená v čl.6 odst.4 LZPS. Pouze tehdy, zbaví-li se člověk sám svého života sebevraždou, není to porušením práva na život ve smyslu čl. 6 odst.2 LZPS, protože zbavení života nastane v souvislosti s jednáním, které není trestné. Spáchání sebevraždy není protiprávní jednání, není to jednání, které by bylo trestné, ani to není v rozporu se žádnou mezinárodní smlouvou, jež je součástí právního řádu. Nezczitelnost práva na život je charakterizována tím, že člověk nemůže postoupit své právo na život smlouvou, za úplatu nebo darem.

V době přijetí LZPS neexistovaly mez. smlouvy, jež by byly součástí našeho právního řádu, které by ve svých ustanoveních upravovaly právo na život při jeho možném střetu s právem na svobodu rozhodování plynoucí z principu autonomie, či upravovaly jiná související práva spojená s tímto základním právem, proto také LZPS vždy odkazuje na zákon, jako na podrobnější úpravu základních práv v LZPS uvedených, a nikoli i na mez. smlouvu, která by byla součástí našeho právního řádu. V průběhu času ovšem stále více mezinárodních smluv (zvláště o lidských právech) se stávalo součástí našeho právního řádu a vzhledem k novelizovanému znění čl.10 Ústavy, došlo i k možnosti přímé aplikovatelnosti self-executing ustanovení mezinárodních smluv. Navíc při rozporu se zákonem mají mezinárodní smlouvy aplikační přednost, tedy i výklad zákonů musí být v souladu s mez. smlouvami, jež jsou součástí našeho právního řádu. Navíc nálezem Ústavního soudu č.403/2002 Sb. Ústavní soud vyložil rozsah pojmu *ústavního pořádku* i tak, že *součástí ústavního pořádku* s ohledem na čl.112 odst.1 Ústavy a i s ohledem na čl.1 odst.2 Ústavy *jsou i ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách*, byť je tento výklad mnoha teoretiky z oboru ústavního práva kritizován pro přisvojení si role ústavodárce Ústavním soudem⁵³.

53 PAVLÍČEK V. a kol.: Ústavní právo a státověda, II.díl, část 2, Linde, 2004, s 8-9 a s 66 a 75-77

Tedy z nálezů Ústavního soudu lze dovodit, že mezinárodní smlouvy o LP a ZS, mezi něž patří i Úmluva o biomedicíně, *jsou na úrovni ústavních zákonů*. Pak by měl být pro ně ve vztahu k ústavním zákonům, tedy i k LZPS zachován princip „lex posterior derogat priori“ a „lex specialis derogat generalis“. Lze tedy dovodit, že základní práva plynoucí z čl.6,7,8,9,10 atd. LZPS lze interpretovat *v oblasti aplikace biologie a medicíny při poskytování zdravotní péče* v souladu s Úmluvou o biomedicíně a s Evropskou Úmluvou o ochraně LP (209/1992 Sb.). Tedy problematika právní povinnosti zdravotníků (lékařů) chránit lidský život při možném střetu s právní povinností respektovat svobodu rozhodování pacienta plynoucí z principu autonomie se musí řešit podle uvedených mez. smluv, zvláště Úmluva o biomedicíně se vztahuje na všechny lékařské a biologické aplikace týkající se lidských bytostí. *Je tedy základním právním pramenem právních vztahů mezi zdravotníky a pacienty.*

Nejedná-li se tedy o oblast aplikace biologie a medicíny, ale o vztah např. mezi pacientem a jakoukoli osobou, nevztahuje se na naznačenou problematiku Úmluva o biomedicíně, ale interpretace plynoucí z LZPS uvedená výše. Tedy mimo působnost Úmluvy o biomedicíně má povinnost chránit lidský život *bez dalšího* přednost při možném střetu s výkonem práva na svobodu rozhodování spojené s žádostí o usmrcení. Tedy mimo oblast aplikace biologie a medicíny lze uplatnit současnou trestněprávní nauku, podle které nelze neposkytnout pomoc osobě, která zakázala, aby se jí potřebná pomoc poskytla, jelikož tato osoba nemůže dát souhlas k TČ proti svému životu a zdraví. V souladu s touto naukou je i návrh nového trestního kodexu, §30 odst.3 navrhovaného TZ, kde svolení k ublížení na zdraví nebo usmrcení nelze považovat za svolení poškozeného, tedy okolnost vylučující protiprávnost⁵⁴. Samozřejmě toto navrhované ustanovení neřeší problematiku usmrcení na žádost, a ani neřeší problematiku při střetu mezi povinností chránit život zdravotníky a jejich povinností respektovat předem vyslovená přání způsobilou osobou ohledně budoucího (ne)poskytování zdravotní péče.

54 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 250 a

KLAPAL V.: Svolení poškozeného jako okolnost vyl. protiprávnost, Trestněprávní revue č.10/2005, s 259 a [http:// www.psp.cz](http://www.psp.cz) - odkaz : §30 odst.3 svolení poškozeného nového trestního zákona

Zpět k tématu této části, tedy k problematice právní povinnosti zdravotníků (lékařů) chránit lidský život při možném střetu s právní povinností respektovat svobodu rozhodování plynoucí z principu autonomie, respektovat vůli pacienta, který žádá zdravotníky o usmrcení. Proč je vůbec možný střet naznačený výše? S pokrokem medicíny, kdy v současné době umožňuje léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, by se mohlo zdát, že současné poznatky medicíny jsou již na takové úrovni, že lze odsouvat okamžik smrti a prodlužovat tak lidský život umírajícího pacienta „donekonečna“. Omezeně lze skutečně říci, že je toto z části možné, ovšem za cenu, že se zdravotníci nebudou ohlížet na kvalitu života „umírajícího ale nesmrtelného“ člověka. Zastánci „pro life“ budou neustále udržovat život „napíchnutím“ všech možných invazí do těla umírajícího pacienta, využívat všechny možné orgánové podpory (ventilátorem počínaje, dialýzou konče), což v pacientovi, v jeho okolí a v samotných zdravotnících může vyvolat zdání nesmrtelnosti. Člověk je smrtelný, a proto je potřeba **individuálně** u každého umírajícího pacienta zkoumat a najít rozsah jemu poskytované léčby, přičemž kritériem rozhodujícím o obsahu a rozsahu této léčby je jediné **zájem a blaho samotného pacienta** podle čl.2 Úmluvy o biomedicíně. Cestou do pekel by byla situace, kdyby o obsahu a rozsahu poskytované zdravotní léčby umírajícím pacientům rozhodovaly ekonomické náklady. Tedy obsah a rozsah takové léčby umírajícímu pacientovi musí reflektovat jeho předem vysloveným přáním, jeho kvalitě života oproštěné od bolesti či jakéhokoli utrpení a medicínským možnostem ovlivnění jeho stavu či nemoci a možnosti zvýšení jeho šance na přežití, šance na zotavení, šance na kvalitní život atd. Většina umírajících si přeje zemřít v klidu a důstojně, v komfortu a za podpory rodiny či přátel. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak i umírající končí svůj život ve slabosti a závislosti, proto také potřebuje zvláštní ochranu a podporu. Zde je možné uplatnit terapeutické privilegium, kdy lze v závěru života omezeně uplatnit paternalistický vztah v zájmu umírajícího mezi lékařem a umírajícím člověkem v rozsahu poskytovaných informací a z toho plynoucího rozhodování, jak presumuje čl. 10 odst.3 Úmluvy.

Je několik možných extrémních situací :

1. „Způsobilý“ relativně zdravý člověk projeví do budoucna vůli adresovanou zdravotníkům ve formě zákazu či nesouhlasu s poskytnutím péče reálně život zachraňující nebo péče reálně zvyšující šanci na přežití nebo na zotavení nebo péče reálně zvyšující šanci na kvalitní život nebo vedoucí k přímému prospěchu pro jeho život (zdraví?), a odmítá potřebnou léčbu do budoucna a nastane taková situace a objektivně potřebná léčba/péče je život zachraňující, zvyšuje šanci na přežití nebo zotavení nebo na kvalitní život

Slovo způsobilý je uvedeno v uvozovkách, protože je vůbec otázkou, jestli je normální rozhodnutí o zákazu výše uvedené péče, jestli takový člověk nejedná v duševní poruše? Netrpí takovýto člověk depresivním syndromem, nebo dokonce depresí, a v takovém případě by se při terapeuticky dobře zvládnuté intervenci poté takto znova rozhodl, tedy zakázal nebo nesouhlasil s péčí uvedenou výše? Představa, že se dají rozdělit nemoci na pouze somatické, částečně somatické a duševní, a pouze duševní, je velmi sporná. Každou somatickou, i reálně léčitelnou či vyléčitelnou nemoc provází psychický diskomfort, nezájem i nepoznané a tedy neléčené depresivní syndromy či deprese. Dále i minulé nepříjemné zkušenosti s nedobrou léčbou, bolestí, nezájem rodiny či zdravotníků, osamocení, nedobrá sociální situace atd. mohou mít za následek zákaz či nesouhlas s např. neodkladnou péčí, nebo dokonce žádost o usmrcení. Je např. notář nebo úředník obecního úřadu, u kterého si bude „způsobilý“ pacient pořizovat výše uvedený living will, také lékařem, psychologem a psychiatrem, aby vyloučil, že takovýto člověk nejedná v duševní poruše a je skutečně způsobilý ve všech modalitách? Proto se mi zdá být logické, že lékaři se budou stavět „rezervovaně“, spíše odmítavě, k respektování takovýchto předem vyslovených přáních. Opravdu člověk nejednal v duševní poruše, opravdu byl schopen rozeznat všechny následky svého living willu, opravdu měl nenarušenou schopnost rozhodnout se právě takto, opravdu je jeho projev vůle svobodný, vážný, dostatečně určitý a srozumitelný, prostý omylu? Opravdu může člověk předvídat situace naznačené výše a předvídat, jak se v těchto extrémních situacích zachová a jaká bude jeho vůle v této situaci?

Rozhodl by se nebo rozhodne se člověk, který učinil takovýto living will stejně těsně předtím (ještě bude „způsobilý“) než nastane potřeba výše uvedené péče atd.? Nebo nebyl takovýto living will učiněn dříve v minulosti a mezitím došlo u člověka ke změně názorů, nebo k pokroku možností léčby dříve nepředvídanému? Má právo po zdravotnících vyžadovat splnění jeho předem vyslovených přání vždy, za jakýkoli okolností? Jsou zdravotníci vždy, za jakýkoli okolností povinni respektovat dříve vyslovené přání?

Z mnoha otázek plyne příliš mnoho nejistoty pro skutečný zájem a blaho lidské bytosti, tedy pro nadřazenost lidské bytosti nad zájmem vědy nebo společnosti, jak plyne z čl.2 Úmluvy; přičemž Vysvětlující zpráva k Úmluvě hovoří o tom, že všechna ustanovení Úmluvy musí být interpretována v duchu nadřazenosti lidské bytosti nad zájmem vědy nebo společnosti. Tento článek nevymezuje, co je obsahem pojmu „zájem a blaho lidské bytosti“. Samotná Vysvětlující zpráva uvádí, že jednou z důležitých aplikací této zásady je výzkum; takže se tato zásada především vztahuje k výzkumu. Dále je ve Vysvětlující zprávě na tomto místě uvedeno, že cílem Úmluvy je ochraňovat lidská práva a důstojnost lidské bytosti. Tedy obsah pojmu „zájem a blaho lidské bytosti“ se toliko týká ochrany lidských práv a ochrany lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Samotná Úmluva o biomedicíně ve své preambuli odkazuje na Evropskou Úmluvu na ochranu lidských práv a základních svobod ze dne 4.11.1950, u nás vyhlášenou pod č. 209/1992 Sb., v platném znění (dále jen „EÚLP“). Jak plyne z Vysvětlující zprávy k Úmluvě o biomedicíně Úmluva o biomedicíně a EÚLP sdílejí tentýž základní přístup, ale také řadu etických zásad a právních konceptů, dále Vysvětlující zpráva výslovně uvádí, že zásady obsažené v EÚLP zůstávají i nadále základem koncepce lidských práv upravených v Úmluvě o biomedicíně. Proto jsem přesvědčen, že ani Úmluva o biomedicíně nemění hierarchii lidských práv a jejich ochranu a řešení případné kolize mezi lidskými právy, a stejně jako naše LZPS, tak i **čl.2 Hlavy I. EÚLP, musí upřednostňovat právo na život, na něž bezprostředně navazuje právo na autonomii pacienta.**

Proto obsah pojmu „zájem a blaho lidské bytosti“ v čl.2 Úmluvy musí být interpretován především jako zájem na zachování života a zdraví lidské bytosti, je-li to možné, aby mohl být vůbec zachován a mohl se rozvinout zájem na svobodném rozhodování lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tedy právo na autonomii lidské bytosti. Proto tedy čl.2 Úmluvy nelze interpretovat tak, že zájem a blaho lidské bytosti se rovná pouze a jedině jejímu zájmu na svobodné rozhodování v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, a že tedy právo na autonomii lidské bytosti má přednost před zájmem na zachování života a zdraví lidské bytosti, je-li to možné. Takováto interpretace by byla v rozporu s čl.2 Hlavy I. EÚLP, tedy asi s šedesátiletou evropskou tradicí chápání hierarchie lidských hodnot.

Jsem tedy přesvědčen, že nelze přiznat dříve vysloveným přáním výhradní postavení. Nelze vytrhnout princip autonomie člověka z ostatních lidských práv, tedy povinnosti zdravotníků, kteří jsou zvláště k tomu určeni, ochraňovat lidský život a zdraví, je-li to možné, a bezvýhradně ho upřednostnit před povinností zdravotníků ochraňovat život a zdraví, je-li to možné.

Proto jsem přesvědčen, že nelze čl.9 Úmluvy o biomedicíně interpretovat tak, že zdravotníci jsou vždy bezvýhradně za jakýkoli okolností povinni respektovat dříve vyslovená přání ohledně lékařského zákroku. V první řadě bych chtěl upozornit na to, že se jedná o „**přání**“. Jedná-li se o přání adresované někomu, tak to samo o sobě naznačuje, že ten, komu je adresováno, může mít možnost za určitých okolností ho nerespektovat. A i znění čl.9 „*bude brán zřetel na přání ohledně lékařského zákroku dříve vyslovená člověkem, který v době zákroku není ve stavu, kdy může vyslovit své přání*“ je jiné než kdyby čl.9 zněl takto : „**jakýkoli** zákrok v oblasti zdravotnictví musí vždy respektovat přání dříve vyslovená člověkem, který v době zákroku není ve stavu, kdy může vyslovit své přání“, nebo takto : „**zdravotníci jsou vždy povinni respektovat přání dříve vyslovená člověkem, který v době zákroku není ve stavu, kdy může vyslovit své přání**“.

Tedy z faktů, že se jedná o přání, že byla zvolena formulace „bude brán zřetel“, a že nelze bezvýhradně upřednostnit autonomii člověka před zájmem na zachování jeho života a zdraví; lze dovodit, že zdravotníci ve výjimečných výše naznačených extrémních situacích nejsou povinni respektovat dříve vyslovené přání jim adresované ve formě zákazu či nesouhlasu s poskytnutím péče reálně život zachraňující nebo reálně zvyšující šanci na přežití nebo zotavení nebo reálně zvyšující šanci na kvalitní život nebo vedoucí k přímému prospěchu pro život člověka sdělujícího takovéto přání. Naopak nastane-li takováto situace a je-li v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy ve smyslu čl.4 a čl.8 Úmluvy nutnost poskytnout péči reálně život zachraňující nebo reálně zvyšující šanci na přežití nebo zotavení nebo reálně zvyšující šanci na kvalitní život nebo vedoucí k přímému prospěchu pro život (zdraví?) a nejedná-li se o marnou léčbu (viz dále), pak jsem přesvědčen, že jsou povinni nerespektovat takovéto dříve vyslovené přání, a výše uvedenou péči poskytnout.

Domnívám se, že v případě smrti nebo výrazného zhoršení stavu nebo vážné poruchy zdraví, které nastaly v důsledku respektování předem vysloveného přání, tedy nastaly jednáním zdravotníků (ať už aktivním konáním, nebo častěji pasivním nekonáním-opomenutím povinného jednání), které nebylo v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy ve smyslu čl.4 a čl.8 Úmluvy, a jednalo se o péči reálně život zachraňující nebo reálně zvyšující šanci na přežití nebo zotavení nebo reálně zvyšující šanci na kvalitní život nebo vedoucí k přímému prospěchu pro život (zdraví?), a nejednalo se o marnou léčbu, by mohli takovýto zdravotníci spáchat některý TČ proti životu a zdraví podle **§207 odst.2** nebo §219 až 224 TZ v závislosti na formě zavinění. Jsem přesvědčen, že v takovém případě skutečně by zdravotníci spáchali některý z výše uvedených TČ.

I samotná Vysvětlující zpráva k čl.5 Úmluvy uvádí možnost nerespektování odvolání souhlasu pacienta s operací v jejím průběhu, jestliže by postupy profesních povinností a standardů lékaře zavazovaly, aby v operaci pokračoval a zabránil tak závažnému ohrožení pacientova zdraví.

Bohužel Vysvětlující zpráva k čl.9 Úmluvy ohledně nerespektování předem vyslovených přání příkladem nabízí pouze jedinou možnost, že mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo, např. pokud bylo dříve vyslovené přání vyjádřeno dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila. Samozřejmě, že klauzule rebus sic stantibus se správně má uplatnit i v respektování dříve vyslovených přání, a s tímto příkladem nelze nic jiného než souhlasit. Vysvětlující zpráva k tomuto článku se odvolává na předvídatelné situace, což je, jak už jsem naznačil výše, dosti nejednoznačné, neurčité a nic neříkající.

Závěrem lze čl.9 Úmluvy podle mého názoru interpretovat pouze tak, že **zdravotníci jsou povinni respektovat dříve vyslovená přání člověkem, který v době zákroku (potenciální indikace zákroku) není ve stavu, kdy může vyslovit své přání s výjimkou, že dříve vyslovené přání bylo vysloveno dlouho před zákrokem a medicínská věda pokročila natolik, že mohou existovat důvody k nerespektování přání, a s výjimkou, že dříve vyslovené přání by bylo v rozporu s povinností zdravotníků poskytnout péči reálně život zachraňující nebo reálně zvyšující šanci na přežití nebo zotavení nebo reálně zvyšující šanci na kvalitní život nebo vedoucí k přímému prospěchu pro jeho život (zdraví?) a v rozporu s povinností zdravotníků provést zákrok v souladu se současnými příslušnými profesními povinnostmi a standardy podle čl.4 a čl.8 Úmluvy a nejednalo by se o marnou léčbu.** „Jde o to maximálně respektovat přání nemocného, jak to jenom lze, a tak maximálně respektovat jeho autonomii a svobodnou volbu v rozhodování v otázkách souvisejících s aplikací biologie a medicíny. Ale i nerespektovat nepřijatelná a nesmyslná přání, která jsou v rozporu s ochranou života člověka a v rozporu s povinností zdravotníků provést zákrok v souladu se současnými příslušnými profesními povinnostmi a standardy, a nejedná se o marnou léčbu. Samozřejmě to nezavazuje zdravotníky povinnosti zjistit, jak předem, tak v současnosti, vyslovená přání, a to i v mimořádných situacích“.

V žádném případě jsem nechtěl, byť jen naznačit, nedůležitost autonomie člověka v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, ale je potřeba si uvědomit, že při poskytování péče je zde i druhá strana (zdravotníci), která má také svá práva a povinnosti, a proto nelze vždy respektovat sporné nesplnitelné extrémní přání pacienta ohledně poskytnutí nebo neposkytnutí zákroku.

V současnosti je opravdových dříve vyslovených přání jako šafránu, nicméně takovým typickým **extrémním** dříve vysloveným přáním, se kterým se zdravotníci setkávají, je dříve vyslovené přání vyjádřené svědkem Jehovovým, aby za všech okolností byl léčen *bez použití transfuze plné krve, erytrocytů, leukocytů, trombocytů nebo plazmy, a to i v případě, že by se lékaři domnívali, že pouze transfuze přípravků uvedených výše zachrání jeho život. Odmítají také odběr své vlastní krve pro uskladnění a pro případnou pozdější nutnou transfuzi (odmítají tedy i autotransfuzi).* Ve snaze, aby jejich přání bylo respektováno, a aby nebylo zpochybněno pro nedostatek vážnosti atd., si nechávají toto dříve vyslovené přání sepsat u notáře, často ho obnovují, aby neměli zdravotníci možnost odvolat se na to, že bylo vysloveno dlouho před zákrokem a již tedy nemusí platit, a nosí ho stále při sobě, aby i v případě, že v době zákroku nebudou ve stavu, kdy mohou vyslovit své přání, vyšlo jejich přání co nejdříve najevo. Nebudu se zabývat náboženským přesvědčením, které je k takovému dříve vyslovenému přání vede. Jedná-li se o elektivní (plánovaný) odkladný zákrok spojený s reálným vysoce pravděpodobným rizikem život ohrožujícího krvácení, pak jsem přesvědčen, že je plným právem (povinností) operátora (lékaře) odmítnout provedení elektivního odkladného zákroku (operace) s odkazem na nemožnost respektovat jeho dříve vyslovené přání (viz výše).

Nejedná-li se o elektivní (plánovaný) odkladný zákrok, ale naopak o urgentní život zachraňující zákrok, který nesnese odkladu, navíc zákrok spojený s reálným vysoce pravděpodobným rizikem život ohrožujícího krvácení (nebo život ohrožující krvácení již nastalo—např. polytrauma po nehodě) a dosavadní „bezkrevná“ život zachraňující terapie byla nedostatečná a neodvrátila ohrožení života (např. infuze krystaloidů a koloidů) a k záchraně života je tedy neodkladně nezbytná „krevní terapie“ (viz výše) a jedná se o pacienta, jehož život lze zachránit nebo jenž má reálnou šanci na přežití nebo na zotavení nebo jenž má reálnou šanci na kvalitní život, a je jednoznačně z medicínského hlediska absolutně indikováno podání „krevní terapie“ (čl.4 a 8 Úmluvy), a nejedná se o marnou léčbu, pak jsem přesvědčen, že je povinností nerespektovat toto dříve vyslovené přání, a podat krevní terapii, jinak by se jednalo o TČ proti životu (viz výše). Podle mého názoru by lékař v takovém případě spáchal TČ vraždy v nepřímém úmyslu, jelikož by byl srozuměn se smrtí pacienta, jejíž příčinou by bylo opomenutí povinného jednání podat v souladu s profesními povinnostmi a standardy absolutně indikovanou hemoterapii při nezvladatelném akutním masivním krvácení. V případě, že by nenastala smrt nebo vážná porucha zdraví pacienta trvalejšího rázu, pak by spáchal TČ neposkytnutí pomoci podle §207 odst.2 TZ, protože opominul v rozporu s profesními povinnostmi a standardy poskytnout potřebnou pomoc ohroženému pacientovi, který jevil známky vážné poruchy zdraví (masivně krvácel). V obou případech bych viděl respektování takového extrémního nerespektovatelného dříve vysloveného přání jako polehčující okolnost, ale nikoli jako okolnost vylučující protiprávnost. Nepodání hemoterapie při absolutní indikaci (bez jakékoli alternativy na záchranu života) při život ohrožujícím krvácení je v rozporu s poznatky lékařské vědy a praxe, v rozporu s profesními povinnostmi a standardy ve smyslu čl.4 Úmluvy o biomedicíně, a proto nelze za svolení poškozeného považovat souhlas s ublížením na zdraví nebo usmrcení, nejedná se tedy o okolnost vylučující protiprávnost, ale ve shodě s mým názorem, by takovéto svolení pro opomenutí lékaře mělo alespoň být polehčující okolností⁵⁵.

55 [http:// www.psp.cz](http://www.psp.cz) - odkaz : §30 odst.3 a §41 písm. g) navrhovaného trestního zákona

Druhou možnou extrémní situací je :

2. Nevyléčitelně nemocný umírající člověk (pacient) v terminálním stavu své nemoci nebo nemocích, v celkově špatném zdravotním stavu (nemusí být splněno v důsledku dobré paliativní péče), s prognózou života v řádech dnů, týdnů a maximálně 3 (6) měsíců, s minimální nebo žádnou šancí na zotavení, s minimální nebo malou kvalitou života (nemusí být splněno v důsledku dobré paliativní péče, ošetrovatelské péče, psychoterapie a kvalitní psychologické podpory), projevil nebo projevuje vůli ve formě příkazu či žádosti s poskytnutím intenzivní péče a terapie v nejširším možném rozsahu, a žádá nyní nebo do budoucna léčbu „maximální“, veškeré postupy i experimentální, případně všechny možné do úvahy přicházející alternativy pro záchranu svého života a zdraví a pro naději na zotavení, a nastane taková situace, kdy již intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu selhala a objektivně je na místě racionalizace (omezování) této terapie

Pokud skutečně intenzivní terapie v nejširším možném rozsahu objektivně mu nezachrání život, ani nezvýší šanci na přežití nebo zotavení, ani nezvýší šanci na kvalitnější život, než měl doposud, a ani nevede k přímému prospěchu pro život a zdraví, stává se takováto terapie marnou se všemi výše uvedenými důsledky, např. může ho čím dál více zatěžovat, omezovat, mohou přibývat stále více a více rizika a komplikace plynoucí z této „maximální terapie“. Možnosti intenzivní terapie a medicínské možnosti intenzivní terapie se dostaly na samou hranici svých možností, víme, že jsou omezené. Navíc, aby byl dodržen spravedlivý přístup, pak obdobnému pacientovi se musí dostat stejné péče/léčby ve stejné šíři. Navíc tato šíře musí poskytnout těmto pacientům péči alespoň přiměřené kvality. Proto jsem přesvědčen, že ošetřující zdravotnický tým je v takovéto situaci povinen rozhodnout o omezení léčby v intenzivní medicíně, která nikam nevedla. Je potřeba tomuto umírajícímu pacientovi toto patřičně vysvětlit, sdělit mu, že v žádném případě, jeho život nebude zkracován usmrcením (zabitím), že ho budeme dále doprovázet až k jeho smrti, že do té doby se mu bude dostávat kvalitní paliativní či hospicové péče, že nebude trádat a nebude sociálně izolován, že mu zajistíme blízkost jeho rodiny a blízkých, aby důstojně zemřel.

Třetí možnou extrémní situací je :

3. Nevyléčitelně nemocný umírající člověk (pacient) v terminálním stavu své nemoci nebo nemocích, v celkově špatném zdravotním stavu (nemusí být splněno v důsledku dobré paliativní péče), s prognózou života v řádech dnů, týdnů a maximálně 3 (6) měsíců, s minimální nebo žádnou šancí na zotavení, s minimální nebo malou kvalitou života (nemusí být splněno v důsledku dobré paliativní péče, ošetrovatelské péče, psychoterapie a kvalitní psychologické podpory), projevil nebo projevuje vůli ve formě zákazu jakékoli zdravotní péče, tedy nechce ani paliativní, ani hospicovou péči, ani základní zdravotní péči, nechce tekutiny, nechce výživu, nechce tlumit bolest, nechce být s rodinou, vše odmítá, ale nežádá usmrcení, zabití, či pomoc k sebevraždě, přičemž nepřichází do úvahy žádná alternativy pro záchranu života a zdraví a naděje na zotavení, a nastane taková situace, kdy by zdravotníci zkrátili jeho život a opomenutím povinného konání by tohoto pacienta usmrtili

Povinným konáním je v tomto případě poskytnutí alespoň základní zdravotní péče, účinně tlumit bolest a utrpení nemocného, podat alespoň tolik tekutin a výživy, aby pouhým nepodáním tekutin nebo výživy nezpůsobili smrt pacienta. Povinným konáním je také zajištění účinné psychologické a psychoterapeutické pomoci, neboť takovýto pacient se nachází ve stavu bolesti minimálně duchovní, ale i emoční a sociální. Jeho odmítání jakékoliv péče je spíše důkazem toho, že doposud lékaři a ostatní zdravotníci kvalitně o něj nepečovali, jinak by neměl důvod odmítat vše. Pokud by lékaři řádně tlumili fyzické bolesti, stejně tak by odlehčili pacientovi v bolestech sociální, emoční a duchovní. Stejně tak, pokud by lékaři neredukovali nemocného pouze na diagnózu, nejspíše by vše neodmítal. Pacient má právo zemřít v důstojnosti, je to jeho zájem, jeho blaho, jeho prospěch, proto obsahem povinného konání (tekutiny, analgérie atd.) není nic zbytečného anebo nadměrně zatěžující, nejedná se o marnou léčbu. Samozřejmě, že nelze tomuto odmítání „všeho“ vyhovět, jednalo by se o eutanázii, nicméně **umírající člověk má právo odmítnout horlivou, zatěžující léčbu, vedoucí jen k protrahovanému umírání, a pro tento případ je lékař povinen respektovat jeho vůli.**

Čtvrtou možnou extrémní situací je :

4. *Jakýkoli člověk, ať už zdravý, nebo vyléčitelně nemocný umírající v terminálním stavu své nemoci nebo nemocích, ať už v dobrém, nebo v celkově špatném zdravotním stavu, s prognózou života v řádech dnů, nebo roků, s žádnou šancí na zotavení, s minimální kvalitou života, nebo spokojen se svou dosavadní kvalitou života projevil nebo projevuje vůli ve formě příkazu, žádosti o zabití, usmrcení, nebo k pomoci k sebevraždě a samozřejmě odmítá jakoukoliv zdravotní péči, i základní zdravotní péči, nechce tekutiny, nechce výživu, nechce tlumit bolest, a nastane tedy taková situace, kdy by zdravotníci respektovali jeho vůli a usmrtili ho, nebo mu pomohli k sebevraždě*

Nejčastější příčiny žádosti o zabití trpících či nemocných : strach z protrahovaného umírání, strach z příliš dlouhéhožití, strach z degradace díky senilitě a závislosti na jiných, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z toho, že jsou zátěží finanční, psychickou a sociální pro ostatní. Je otázkou, co by vedlo zdravého člověka k žádosti o zabití : nuda, žert. Je to vůbec normální, aby „zdravý“ člověk žádal po někom jiném svou smrt, není skrytě nemocný, netrpí nerozpoznanými a neléčenými depresiemi, nepotřebuje tedy psychologickou či psychiatrickou pomoc. Nikdo nemá právo zabíjet, a proto nikdo nemá právo toto po někom chtít. I umírání je životem a člověk má právo žít při svém umírání bez jakéhokoli nátlaku ze strany lékaře, a sám nemůže činit nátlak na kohokoli, aby ho zabil. Jedná se o projev skutečné autonomie, nebo autonomie, která „zešílela“, která vede ke svému vlastnímu zániku? Může být v „nejlepším zájmu“ (best interest) osoby její zánik? Zpravidla žádost o zabití má zcela jiný pravý obsah, a to prosbu o skutečně lidskou pomoc, a nikoli prosbu o zabití.

Samozřejmě, že nelze takové žádosti o zabití, usmrcení, nebo pomoci k sebevraždě vyhovět, jednalo by se o eutanázii, úmyslné usmrcení člověka člověkem na jeho žádost.

Teorie garanta a její možnosti využití v souvislosti s problematikou TČ neposkytnutí pomoci

Pojetí zvláštní povinnosti je u nás zakotveno v §89 odst.2 TZ. Podle nového TZ bude zvláštní povinnost konat zakotvena v § 110 TZ Opomenutí : „Jednáním se rozumí i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel povinen podle jiného právního předpisu, úředního rozhodnutí nebo smlouvy, v důsledku dobrovolného převzetí povinnosti konat nebo vyplývala-li taková jeho zvláštní povinnost z jeho předchozího ohrožujícího jednání anebo k němuž byl z jiného důvodu podle okolností a svých poměrů povinen“.

Garantem je ten, kdo měl zvláštní povinnost konat. U pravých omisivních TČ (mezi které patří TČ neposkytnutí pomoci) je postihováno provinění proti příkazu konat. Zvláštní povinnost konat může vyplývá podle současné české nauky: 1. z předchozího nebezpečného jednání (tzv. ingerence), za 2. z dobrovolného převzetí (smlouvy), za 3. ze zákona či jiného právního přepisu nebo z úředního výroku a za 4. z úzkého životního společenství (i společenství v nebezpečí). Toto formální (formální protože nehledá důvod garanční povinnosti) pojetí zvláštní povinnosti vychází již ze zastaralé a překonané Feuerbachovy teorie⁵⁶.

Dnes se již dává přednost funkčnímu (hledá i důvod garanční povinnosti a zohledňuje i konkrétní situaci resp. konkrétní ohrožení právního statku) pojetí garanční povinnosti⁵⁷. Vyžaduje se *zvláštní právní důvod*, který staví opomenutí jednání na úroveň aktivního jednání, přičemž pachatel TČ spáchaného opomenutím byl jako „garant“ povinen odvrátit následek. Základní myšlenkou je, že takováto osoba je zvláštním způsobem povolána k ochraně ohroženého právního statku (objektu-život a zdraví) a že všichni ostatní se oprávněně na její aktivní zásah spoléhají nebo mohou spoléhat.

56 BAUMANN J., WEBER U., MITSCH W.: Strafrecht. Allgemeiner Teil, 10. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996, s 264, FEURBACH R.A.: Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Fichte, 9, Giessen, Verlag von G.F.Hever, 1826, s 27 a STÜBEL CH.-C.: Ueber die Theilnahme mehrerer Personen an einem Verbrechen, Dresden, Hilscherische Buchhandlung, 1828, s 61

57 KAUFMANN A.: Die Dogmatik der Unterlassungsdelikt, Heidelberg, Verlag Otto Schwarz and Co., 1959, s 283 an

Funkční pojetí rozlišuje mezi *garantem ochráncem* a *garantem dozorcem*. Garant ochránce je povinen chránit konkrétní právní statek před jakýmkoliv nebezpečím a garant dozorce je povinen dozírat nad určitým konkrétním zdrojem nebezpečí a zamezuje všem z něho plynoucím ohrožením jakýchkoli právních statků.

Pod garanta ochránce spadá: za 1. úzká osobní či přirozená sounáležitost, za 2. úzké vztahy určitého společenství (životní společenství a společenství v nebezpečí) a za 3. dobrovolné převzetí povinnosti. **Garant ochránce:** *1. úzká osobní či přirozená sounáležitost* existuje mezi *členy rodiny*. Postavení pěstouna, osvojitele a poručníka jako garanta je v zahraničí vnímáno také jako dobrovolné převzetí povinnosti. U nás se stále nepovažuje za garanta druh (družka) rodiče vůči dítěti vzhledem k nedostatku zákonného ustanovení (viz výše-R6/1984). V zahraničí (SRN) mají postavení garanta děti vůči rodičům, sourozenci navzájem mezi sebou, ale i druh vůči družce (a naopak)-dobrovolné převzetí ochranné funkce, ale i třeba mezi švagry. Vždy je potřeba zohlednit nakolik byl konkrétní ohrožený právní statek (život a zdraví) závislý na potenciálním garantovi. Otázkou zůstává nejen okruh garantů, ale i rozsah povinností. Půjde-li o osobu v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví, tak okruh garantů z důvodu osobní či přirozené sounáležitosti by měl být co nejširší. *2. úzké vztahy určitého společenství* existuje mezi více osobami v soužití-žijících spolu ve společné domácnosti. Za dostatečný důvod vzniku garanční povinnosti se považuje faktické spolužití osob bez ohledu na příbuzenství. Stejně jako výše, půjde-li o osobu v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví, tak okruh garantů z důvodu životního společenství by měl být co nejširší. Nebo se jedná o společenství v nebezpečí, kde je rozhodující, že členové takového společenství jsou na sobě v konkrétním směru navzájem závislí a požívají oboustranné důvěry v pomoc v nouzi. Každý příslušník společenství v nebezpečí je povinen v rámci vzájemného vztahu důvěry odvrátit jemu přičitatelné narušení právních statků (život a zdraví) ostatních členů.

Ve skupině, která dobrovolně (členové IZS si dobrovolně vybrali své povolání) podstupuje určité nebezpečí (např. členové IZS hasiči, záchranáři, policisti atd. mohou podstupovat nebezpečí pro své životy a zdraví při zásahu, při výkonu služby, v prostředí nebezpečném pro jejich životy či zdraví), zlepšují své postavení, omezují zvýšené riziko a zajišťují se pro případ nebezpečí nastoupení poruchy (poruchy na zdraví např. úrazu či dokonce smrti) podle svých schopností (kvalifikace, vzdělání a dovednosti) a možností (specifické pomůcky, přístroje atd.).

Žádnou pomoc však nemůže očekávat ten, kdo se záměrně oddělí od skupiny, aby něco podnikl „na vlastní pěst“, anebo účastník na trestném jednání, nebo např. ten, kdo nekvalifikovaně nebo bez potřebných pomůcek či přístrojů zhorší své postavení nebo jiných ve skupině podstupujících nebezpečí a tímto způsobem zvýší riziko nastoupení poruchy (poruchy zdraví nebo smrti u sebe či ostatních)⁵⁸. Např. záchranář bez zajištění, kvalifikace a pomůcek vrhající se do prostoru hoření, kde se nalézá postižený, a tím nejenže ho nezachrání, ale ještě může dojít k poruše zdraví či ke smrti u něj, a tím ztíží své postavení, a i u ostatních členů IZS, zvyšuje tím rizika poruchy zdraví a smrti i u ostatních zachraňujících členů IZS. 3. *dobrovolné převzetí povinnosti*-mělo by postačit faktické převzetí povinnosti, kdy ohrožený a i společnost oprávněně důvěřují v připravenost garanta zasáhnout, jelikož se jiní při spoléhání na zakročení povinného vydávají ve větší nebezpečí, než jaké by jim vzniklo, nebo kdyby se zajistili proti nebezpečí jiným způsobem⁵⁹. Faktické převzetí povinnosti může směřovat přímo vůči ohroženému (zdravotníci-záchranáři poskytují neodkladnou péči přímo ohroženému pacientovi), nebo vůči třetímu ve prospěch ohroženého (např. vychovatelka ve školce převezme dítě do své péče od rodiče). Pod garanta dozorce spadá: za 1. předchozí nebezpečné jednání (ingerence), za 2. právní a věcné panství nad nebezpečnou věcí (vlastník a držitel) a za 3. dohled nad chováním třetího. **Garant dozorce:** dozorce je ve vztahu ke zdroji nebezpečí, nikoli k jeho cíli.

58 SCHÖNKE A., SCHRÖDER H.: Strafrechtsgesetzbuch-Kommentar, 26. Auflage, München, C.H.Beck, 2001, s. 214

59 JESCHECK H.: Leipziger Kommentar zum Strafrechtsgesetzbuch, Berlin, Duncker and Humblot, 1996, s. 623

Povinnost garanta zabránit všem ohrožením všech právních statků ze zdroje nebezpečí, které má ve své moci, má z toho důvodu, že on může dobře ochránit tento zdroj nebezpečí, zatímco by toto bylo mnohem obtížnější pro kohokoliv jiného, který nemá moc jakkoli s tímto zdrojem nebezpečí nakládat. Garant není dopředu známý.

1. *předchozí nebezpečné jednání (ingurence)* vychází z principu „neminem laedere“, které se musí bezprostředně vztahovat k možné poruše plynoucí z tohoto nebezpečného jednání, současně musí být jeho nebezpečné jednání v rozporu s jeho právní povinností (s výjimkou krajní nouze-neplatí u excesu, udržování určitého trvalého stavu po právu a i např. nutná obrana-neplatí u excesu) a současně zde musí být příčinná souvislost mezi porušenou právní povinností a vzniklým nebezpečím a mezi účelem porušené normy a vzniklým nebezpečím (např. pachatel horolezec vyvede osobu na nepřístupnou skálu, kde ji v úmyslu usmrtit zanechá bez pomoci a nepostará se o její záchranu, bude v případě smrti takové osoby vzešlé z jeho opomenutí odpovědný za TČ vraždy).

2. *právní a věcné panství nad nebezpečnou věcí*, kdy vlastník, držitel či nájemce jsou povinni zabránit poruše plynoucí z tohoto nebezpečí.

3. *dohled nad chováním třetího*, kdy garant má povinnost a možnost dohlížet nad chováním jiného a dávat mu příkazy, který je buď sám neodpovědný (nepříčetný nebo nedostatek věku), nebo je výjimečně plně odpovědný⁶⁰.

Pojetí trestného činu neposkytnutí pomoci v SRN, Francii a v právu anglosaském typu právní kultury

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci (Unterlassene Hilfeleistung) v SRN

V německém TZ se jedná o TČ-§323c StGB (Strafgesetzbuch), jež lze přeložit : *Kdo při nehodách, obecném ohrožení nebo nouzi, neposkytne pomoc, ačkoliv je potřebná a pro něj vzhledem k okolnostem splnitelná, zejména ač tak může učinit bez značného nebezpečí pro sebe a bez porušení ostatních důležitých povinností, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem.*

60 ŘÍHA J.: Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů, 1. a 2. část, Trestněprávní revue č.8,9/2003

Objektem tohoto TČ jsou individuální práva postiženého-život, zdraví, majetek, kterým v důsledku nehody hrozí obecné nebezpečí či porucha. Objektivní stránka je charakterizovaná opomenutím využití příležitosti k nápomocnému odvrácení škody.

Je také pravým omisivním deliktem. Na rozdíl od našeho pojetí se pokus u tohoto TČ netrestá. Zavinění může být jak úmyslné, tak nedbalostní. Musí se jednat o pomoc potřebnou, což závisí na okolnostech případu a osobních poměrech povinného. Povinnost poskytnout potřebnou pomoc odpadá, pokud postižený je v každém ohledu si schopen pomoci sám nebo je-li již někým poskytována potřebná pomoc. Pokud je postižený již mrtvý nebo pokud by byla činnost povinného na základě jeho úsudku, který by se rovnal úsudku rozumného pozorovatele, nepotřebná, pak není povinen pomoc poskytnout. Brání-li se postižený přijmout nabízenou pomoc, potom povinnost odpadá, pokud je natolik při smyslech, že je schopen posoudit okolnosti konkrétního případu a o své situaci rozhodnout. Míra odpovědnosti povinného za tento TČ vzrůstá s tím, čím je vyšší stupeň ohrožení postiženého a čím je užší vztah postiženého s povinným. Tento paragraf se použije tehdy, nemá-li povinný již zvláštní povinnost konat. Zvláštní povinnost konat je stanovena v §13 odst.1 StGB, jež je obdobný jako náš §89 odst.2 TZ.

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci ve Francii

Ve francouzském TZ se jedná o TČ-čl.223-226 Code Pénal, jež lze přeložit : *Kdokoliv, kdo je schopen bez rizika pro sebe nebo jiného, zabránit okamžitým jednáním trestnému činu narušujícímu tělesnou integritu osoby a neučiní tak ve špatném úmyslu, bude potrestán odnětím svobody na 5 let a peněžitou pokutou ve výši 75000 euro. Stejně bude potrestán, kdo ve špatném úmyslu neposkytne pomoc osobě v nebezpečí, ač tak může učinit bez rizika pro sebe či jiného, bez ohledu na to, zda tak může učinit svým vlastním jednáním nebo zajištěním potřebné pomoci jiným způsobem.* Objektivní stránka je charakterizována zdržením se poskytnout pomoc osobě, která je v nebezpečí. Nebezpečí je možno charakterizovat jako kritickou situaci, která může mít vážné důsledky pro osobu, jež se v ní ocitne.

Nebezpečí musí být reálné, může vzniknout z jakékoliv příčiny (např. i z neopatrnosti postiženého) a musí hrozit bezprostředně.

Ve francouzském pojetí je povinný povinen poskytnout potřebnou pomoc i v případě, že osoba v nebezpečí takovou pomoc odmítá, vyjma případů kdy postižený písemně prohlásí a podepíše, že pomoc odmítá-podoba s informovaným nesouhlasem (negativní revers).

Pro trestní odpovědnost je nutné, aby si povinný osobně uvědomil charakter bezprostřednosti a závažnosti nebezpečí a nemohl zpochybnit potřebu okamžitého zásahu. Co se týká subjektivní stránky, zavinění musí být úmyslné.

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci v právu anglosaském typu právní kultury-common law

Angloamerické common law nevolá k trestní ani civilněprávní odpovědnosti ty osoby, které jsou postihovány podle našeho §207 odst.1 TZ. Ačkoliv společnost v těchto zemích uznává za situace, kterou lze podřadit pod skutkovou podstatu TČ *neposkytnutí pomoci*, určitou morální povinnost jednat a tato problematika se v těchto zemích vyvíjí, nicméně poskytovat potřebnou pomoc nestanovuje. Ovšem i v angloamerickém právu (USA) je stanoveno spojení mezi opomenutím povinnosti konat a trestněprávními důsledky v závislosti na tom, jakou hodnotu přisuzuje povinnosti konat ve vztahu k osobě v nebezpečí, jaké jsou osobní poměry povinné osoby a jaké jsou okolnosti konkrétní situace. Jde-li o opomenutí zvláštní povinnosti konat, vyvozuje trestní odpovědnost za nepravý omisivní delikt, stejně jako v kontinentálním typu právní kultury. Ve sporu Kuntz v. Commonwealth se jednalo o případ dlouhodobých partnerů, kdy při hádce žena muže v nutné obraně bodla do oblasti hrudníku a bez prostředně poté mu nezajistila neodkladnou zdravotní péči.

Zde je potřeba vycházet z pravidla tzv. *American bystander rule*-pravidlo nečinně přihlížejícího, které stanoví, že kolemjdoucí nemá právní povinnost poskytnout pomoc jinému v nebezpečí, ovšem toto pravidlo má své výjimky : 1. povinnost poskytnout pomoc založená na rodinném vztahu-typicky vztah rodič v. dítě (*State v. Mally, State v. Decker*), 2. povinnost poskytnout pomoc založená zákonem, 3. povinnost poskytnout pomoc založená smlouvou, 4. povinnost poskytnout pomoc založená dobrovolným převzetím péče, 5. povinnost poskytnout pomoc založená předchozím nebezpečným jednáním, 6. povinnost poskytnout pomoc vyplývající z povinnosti kontrolovat chování ostatních, 7. povinnost vlastníka pozemku.

Porušením některých ze zmíněných povinností může založit trestní odpovědnost povinného. V tomto sporu by se jednání povinné mohlo podřadit pod bod 1) a 5)-nicméně „osoba, která ospravedlnitelně (v nutné obraně) vytvoří nebezpečnou, se nachází ve stejné pozici, jako jakýkoli kolemjdoucí ocitnuvší se u nebezpečné situace (*American bystander rule*)“. Podle *State v. Bier* osoba jednající v nutné obraně může být trestně odpovědná za nedbalostní zavinění smrti útočníka opomenutím zajistit mu pomoc pouze tehdy, pokud skutečnou příčinou agresorovi smrti bylo toto opomenutí a nikoliv jednání v nutné obraně. Ze sporu *Konz v. Commonwealth* vyplývá, že manžel není trestně odpovědný v případě nezajištění zdravotní péče druhému manželovi za předpokladu, že tento se do stavu vyžadující zdravotní péči dostal dobrovolně a je natolik fyzicky a psychicky způsobilý, aby svůj zdravotní stav zhodnotil a pomoc si obstaral sám, ale přesto tak neučinil. Manžel není rovněž povinen konat, je-li k tomu jakkoli nezpůsobilý. Ze sporu *Washington v. Williams* vyplývá, že matka tříletého dítěte je povinna mu zajistit zdravotní péči, jednak z důvodu nedostatečné způsobilosti dítěte zhodnotit závažnost svého zdravotního stavu a obstarat si zdravotní péči, jednak z důvodu její rodičovské zodpovědnosti, a i vzhledem ke zjevné brutalitě zásahu otcem a z toho plynoucímu zdravotnímu stavu dítěte. Ze sporu *States v. Hatatley* vyplývá trestní odpovědnost za „ponechání velmi zbité a spoře oděné oběti v mrazu na opuštěném místě“.

Ze sporu People v. Fowler nedošlo k vyvození trestní odpovědnosti osoby, která v nutné obraně udeřila útočníka holí a ten upadl do bezvědomí na veřejné silnici a poté útočníka opustila, ten byl následně přejet projíždějícím automobilem a usmrčen. Ze sporu State v. Walden vyplývá výjimka, že ačkoliv rodič má právní povinnost chránit své dítě před újmou, „neznamená to, že rodiče musí jednat, jestliže je s takovým jednáním pro ně spojeno nebezpečí újmy na zdraví či dokonce smrti“, právo nepožaduje po takové osobě, „aby pro záchranu života jiného, obětovala život vlastní“. Podle State v. Joyce nelze požadovat po kolemjdoucích zasáhnout do probíhající rvačky, protože „s takovou intervencí je spojeno nebezpečí újmy na zdraví“.

Opakem pravidla American bystander rule je *Good Samaritan Acts*.

Jejich cílem je ochraňovat zdravotníky, hasiče (a jiné členy IZS) před civilněprávními žalobami zakládající jejich právní odpovědnost za způsobenou újmu, jestliže poskytnou obětem pomoc v nouzi a tato pomoc je s ohledem na charakter dané situace náležitá a rozumná. K poskytnutí ochrany podle Samaritánských zákonů je však potřeba, aby zachránci jednali *dobrovolně, oběť příslušné nouzové situace nesmí poskytnutí pomoci odmítnout, jednání zachránce musí být vedeno dobrým úmyslem pomoci bez očekávání finanční kompenzace (viz americká koncepce poskytování zdravotních služeb) a nesmí být zde právní povinnost zachránce ve vztahu ke konkrétní oběti dané situace konat (tj. v USA mimo výkon služby). Dále je u takovéto oběti povinnost těchto zachránců setrvat u ní až do předání ZZS či specialistům vykonávajícím službu, aby jim mohla být tato ochrana Samaritánskými zákony poskytnuta. Good Samaritan Act* „Kdokoli, kdo v dobré víře poskytne neodkladnou zdravotní pomoc (péči)=první pomoc zraněné oběti nehody či osobě nacházející se v nouzi, bez očekávání finanční kompenzace ze strany oběti, není civilněprávně odpovědný za jakékoliv konání či opomenutí, nejde-li o hrubou nedbalost.“

Samaritánské zákony zakládají na rozdíl od American bystander rule povinnost poskytovat potřebnou pomoc, ale vztahují se pouze na profesionály (u nás obdoba „podle povahy svého zaměstnání“), jejich cílem je přimět k poskytnutí pomoci povolanější osoby, které jsou vzhledem ke své profesi způsobilější zachránit v nouzi se nacházejícího jedince, a zabránit tak jejich nečinnosti, kterou by mohly uplatnit na základě American bystander rule. Ve sporu Woods v. Lowns, kde malý chlapec dostal epileptický záchvat a jeho 14-ti letá sestra z pověření jejich matky doběhla do nejbližší ordinace praktického lékaře, aby zde požádala o neodkladnou pomoc, což bylo lékařem odmítnuto a v důsledku tohoto opomenutí chlapec utrpěl vážnou újmu na zdraví, soud shledal lékaře civilněprávně odpovědným za nedbalost a disciplinárně odpovědným za pochybení profesního charakteru, jelikož „praktický lékař má povinnost navštívit jakoukoliv osobu, která potřebuje neodkladnou pomoc, a to i přesto, že to není jeho pacient“ (Court of Appeal of New South Wales)⁶¹.

61 RYBÁK H.: Sporné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů, Neratovice, Rigorózní práce, 2005

Závěr

Závěrem, ten který je povinen podle povahy svého zaměstnání poskytovat potřebnou pomoc, tak musí činit **vždy, s výjimkou případu, kdyby poskytování potřebné pomoci bylo spojeno s přímým bezprostředním ohrožením jeho života a zdraví a života a zdraví ostatních, vyjma hasičů, kteří by při záchranné akci měli snášet určité přiměřené riziko pro jejich životy a zdraví.**

Z toho, co zde bylo uvedeno je **potřebná pomoc taková pomoc, která je nezbytně nutná k odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážné poruchy zdraví.**

Umírající člověk je také ohroženou osobou ve smyslu §207 TZ, protože je v nebezpečí smrti, smrt mu bezprostředně hrozí. Ovšem na rozdíl od ohroženého, který není umírající, není v terminálním stavu své choroby, který má šanci na přežití nebo zotavení ..., umírající ohrožený tyto podstatné skutečnosti nesplňuje, a proto **potřebná pomoc u něj má jiný obsah, jinou dimenzi.** Nelze-li při poskytování intenzivní léčby v nejširším možném rozsahu spolu s veškerou zdravotní péčí v nejširším možném rozsahu odvrátit nebo alespoň snížit hrozící smrt nebo vážnou poruchu zdraví, **není potřebnou pomocí setrvání na takovéto terapii.** V takovém případě je potřeba, aby ošetřující tým/lékař/vedoucí lékař stanovil rozsah diagnostických a terapeutických postupů u každého pacienta zvlášť, které vyžaduje jeho zdravotní stav, za dodržení všech výše uvedených medicínsko-eticko-právních kautel. Pro tento případ **je potřebnou pomocí pro takového pacienta omezená intenzivní léčba nebo pouze základní zdravotní péče (paliativní péče),** která spočívá např. v důsledné a kvalitní ošetrovatelské péči (hygiena o nemocného, prevence dekubitů atd.), v důsledné analgezii, v důsledném mírnění či eliminaci utrpení pro pacienta (např. psychoterapií, sedací atd.), v péči o duchovní potřeby pacienta a v dostatečném příjmu tekutin, případně výživy (např. infúzní terapie), **a nikoliv odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážného zhoršení zdravotního stavu,** protože již nelze pacienta vyléčit a ani nelze odvrátit smrtit.

Ještě se zmíním o **principu dvojího efektu** :

Zastánci eutanázie prohlašují, že tam, kde není povolena eutanázie, stejně dochází k urychlování smrti, a to díky podávání vysokých dávek opioidů pro tlumení bolestí. Toto nařčení je nutno odmítnout.

Dnes v 21. století existuje již minimum pacientů, u nichž bolest a jiné obtíže nemohou být řádně zvládnuty, a v takovém případě je možno po odborném zhodnocení ošetrovatelského týmu rozhodnout aplikovat zvyšující se dávky opioidů k úlevě těmto pacientům, aby netrpěli, neexistuje-li žádná alternativa. Je pravdou, že někdy v takovém případě může dojít i ke zkrácení života. Zásadní je zde úmysl indikujícího lékaře. V určitých případech může z jednoho jednání vzejít dva efekty, jeden pozitivní a druhý negativní. Úmysl lékaře je ulevit trpícímu nemocnému v terminálním stavu většinou nádorového onemocnění, kdy vzhledem k toleranci a návyku postupně daná dávka nestačí a je potřeba ji navyšovat k vyvolání úlevy nemocnému (tlumit bolest)-pozitivní efekt, na druhé straně vysoké dávky mohou vést k toleranci, návyku a dokonce k útlumu dechového centra-negativní efekt, sekundární, úmyslně nechtěný a nezamýšlený-např. zkrácení života. Kdy je možno tolerovat jednání mající i negativní efekt?

1. Hlavní jednání je samo o sobě dobré nebo alespoň indiferentní 2. Záměrem jednatelce je efekt pozitivní, přičemž negativní efekt není podporován, ať již jako prostředek nebo jako cíl (záměr je tlumení nezvladatelné bolesti) 3. Pozitivní efekt není docílen prostřednictvím negativního, který z jednání vyplývá jako sekundární nebo nanejvýše jako paralelní (úleva od bolesti není způsobena zkrácením života) 4. Pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že je možno ospravedlnit tolerování efektu negativního (nesnesitelná bolest člověka blížícího se ke smrti ospravedlňuje i možné riziko nevelkého zkrácení končícího života) 5. Jednání, které má i negativní efekty, nemůže být nahrazeno v dané situaci jiným jednáním bez těchto efektů

Nesnesitelné bolesti a utrpení jsou jistě známkou vážné poruchy zdraví, a proto neexistuje-li žádná alternativa k úlevě, je podávání zvyšujících se dávek opioidů, jejichž záměrem je ulevit od bolesti a utrpení a je-li pacient poučen o riziku negativního efektu (je-li to možné), potřebnou pomocí.

Při rozhodování o omezování léčby je také potřeba mít na paměti, že zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti a vědy, že každý má právo na spravedlivý přístup k péči přiměřené kvality bez jakékoliv diskriminace, a že náš systém úhrady zdravotní péče je založen na solidárnosti společnosti k jedinci.

Ekonomická nedostupnost v rámci oboru intenzivní a urgentní medicíny u nás nesmí existovat a nemůže tedy být důvodem omezení léčby, které by bylo v rozporu s právními, medicínskými a etickými principy. **Stejně tak by neměla existovat ekonomická nedostupnost v rámci kvalitní a dostupné hospicové péče a paliativní péče, což považuji za důležité měřítko mravní vyspělosti společnosti. Bohužel zde máme co dohánět.**

Cílem rozhodování o omezování léčby v intenzivní medicíně, tedy nenasazením nebo vysazením postupů podpory orgánových funkcí, není urychlení procesu umírání nebo navození smrti, tedy cílem není úmyslně usmrtit, ale cílem je nenasazení nebo vysazení té složky terapie, která nemá svou medicínskou indikaci směřující ke změně vývoje směrem k zotavení, směrem k možnému příznivému ovlivnění choroby ..., a současně stres, útrapy, bolest, diskomfort, strádání a případné nežádoucí účinky, rizika a komplikace spojené s nenasazenou nebo vysazenou složkou terapií by byly výrazně vyšší pro nemocného než nulový (minimální) přínos z hlediska zotavení, přežití, ovlivnění prognózy nemocného ... v případě jejich nasazení nebo pokračování. Cílem je tedy zabránit poskytování horlivé, zatěžující, marné, neúčinné, život a zdraví nezachraňující léčby.

Samozřejmě i při tomto stále zůstává cílem léčebného úsilí zachování života a zdraví pacienta. V případě nemožnosti dosažení tohoto cíle jsou postupy zaměřeny na : eliminaci strádání, utrpení, bolesti, diskomfortu, pocitu žízně, hladu, dušnosti, eliminaci dystanázie (zadržené smrti, přístrojový život), eliminaci sociální izolovanosti, uspokojování potřeb nemocného a jeho rodiny, zachování lidské důstojnosti nemocného, klidného a důstojného prostředí, možnost přítomnosti rodiny a blízkých a zachování všech práv pacienta.

Omezená/ racionalizovaná/ individualizovaná léčba není ani porušením práva na život (čl.6 LZPS) a ani porušením práva na ochranu zdraví (čl. 31 LZPS), protože tato léčba nevede k ochraně života a zdraví.

Intenzivní péče/léčba, stejně tak omezení léčby, neznamena nic jiného, než poskytování léčebných, ošetrovatelských a pečovatelských postupů v rozsahu, jaký vyžaduje zdravotní stav nemocného.

Podle Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících) **je potřeba chránit důstojnost všech lidí, umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel a prodlužování života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která by se současně měla zabývat i úlevou od utrpení. Rozhodně by se mělo zabránit prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.**

Smrt nemocného je důsledkem jeho nezvratitelného terminálního onemocnění/stavu, a nikoli důsledkem omezení léčby.

Úmyslné usmrcení člověka (eutanázie, asistovaná sebevražda) je nepřijatelné, i z důvodu právní jistoty budoucích pacientů a důvodu ochrany vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem do budoucna.

Ke spáchání TČ *asistovaná sebevražda* dojde i tak, že zdravotník přemlouvá nebo schvaluje sebevražedný čin u osoby nerozhodnuté, nebo opatřuje prostředky, odstraňuje překážky, či psychicky k sebevraždě pomáhá, stejně tak, když alespoň v nepřímém úmyslu pohne nebo pomůže k sebevraždě tím, že ponechá jed nebo letální dávku léku v dosahu pacienta.

Podle Rezoluce WMA (World Medical association) z roku 2002 : „Eutanázie je čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na pacientovu vlastní žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékařům, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby.“

„Asistované suicidium za pomoci lékaře, stejně tak jako je tomu v případě eutanázie, je neetické a musí být odsouzeno lékařskou profesí. Lékař jedná neeticky tehdy, je-li jeho asistence úmyslná a promyšlená s cílem umožnit jedinci ukončit svůj vlastní život. Nicméně právo odmítnout léčbu je základním právem nemocného a lékař nejedná neeticky dokonce ani tehdy, když respektování tohoto přání má za následek smrt pacienta.“

Dále Světová lékařská asociace prohlašuje : „povzbuzuje Národní lékařské asociace a lékaře, aby odmítli účast při eutanázii a to i tehdy, pokud by jí národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminalizoval.“

Naproti tomu obsahem paliativní péče, tedy potřebnou pomocí, u umírajícího, terminálně nemocného atd. je toto : Paliativní péče zajišťuje úlevu od bolesti nebo od jiných symptomů. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces. *Umírání není synonymem se selháním medicíny.* Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt ve stavu umírání. Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili aktivně, jak je to jen možné, až do smrti. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocného a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.

Odmítne-li umírající nemocný léčbu, kterou již vnímá jako nadměrně zatěžující a ze svého pohledu za zbytečnou, a vyhoví-li lékař jeho žádosti, jelikož nechce nakládat na umírajícího člověka ještě další utrpení, pak se nejedná o eutanázii. Ustoupení před vítězstvím smrti v lékařově bezmoci je něco propastně odlišného od zabití umírajícího nemocného.

Co se týká ochrany lékařů při výkonu praxe před trestněprávní odpovědností za spáchání TČ *neposkytnutí pomoci* či jiných TČ proti životu a zdraví, pak informovaný nesouhlas (negativní revers) plně způsobilého dospělého, nejednajícího v omylu nebo duševní poruše, který byl řádně poučen o všech možných závažných rizicích, následcích, alternativách atd. odmítnutého potřebného zákroku/ péče/ léčby, chrání tohoto lékaře před trestněprávní odpovědností za spáchání těchto TČ, s **výjimkou stavu nouze (např. stavy hrožící smrtí nebo hrožící vážnou poruchou zdraví), kdy je omezena nutnost poskytnout souhlas nebo nesouhlas se zákrokem, a kdy je lékař povinen ve stavu nouze jednat bez souhlasu pacienta, i kdyby byl pacient schopný dát informovaný nesouhlas, ale může provést pouze neodkladné (nutné) léčebné zákroky pro přímý prospěch pro život a zdraví nemocného, ovšem nemusí se pouze jednat o život zachraňující zákroky. Proto v takovém případě informovaný nesouhlas při hrozbě smrti nebo hrozbě vážné poruchy zdraví lékaře nechrání, a lékař je povinen poskytnout potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.2 TZ.**

Výše, druh, vymahatelnost trestní sankce a zánik trestní odpovědnosti, v případě dodatečného dobrovolného plnění povinnosti, jsou také faktory regulující lidské jednání, tedy jestli bude nebo nebude poskytnuta potřebná pomoc.

Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 100 osob ročně, přičemž zhruba 50 je z nich i odsouzeno pro tento TČ. Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 20 osob ročně, přičemž zhruba 18-20 je z nich i odsouzeno pro tento TČ, navíc co se týká zdravotníků, tak ti jsou trestně stíháni pro TČ *neposkytnutí pomoci* v drtivé většině případů při výkonu služby, nikoli mimo výkon služby⁶².

62 MACH J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, s 132 a CHROMÝ J.: K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty), Zdravotnictví a právo 1/2007

Resumé

The aim of this work was to try to analyze the offense of failure to help analyze the issues, which may result from application of this crime, which partially solves the jurisprudence of the courts. I tried to outline my views on this offense, especially on the possibility or impossibility of its application in the field of health care in the provision of health care doctors and nurses (health professionals). I outlined my views on the relationship of the offense to other offenses against life and health, to euthanasia and futile therapy. Did I mention the theory of the guarantor and the possibility of applying this theory in this offense and I was back to tackle the crime of failure to help in Germany, France and the common law type of legal culture.

After defining the characteristics of the offense of failure to help I dealt with the definition of certain concepts related to this crime. The primary concept is to define the necessary assistance to prevent imminent death or serious health disorders. In different situation may have needed help to acquire different dimensions. For example, the necessary assistance to the other content in whole healthy humans than in terminally dying terminally ill patient with no chance of recovery or survival or improve quality of life.

The necessary assistance is needed such assistance, which is essential to prevent or at least reduce the imminent danger of death or serious health disorders.

However, dying man is also exposed person within the meaning of Section 207 Czech Criminal Code because he or she is in danger of death, death is also imminent. If you can not for the provision of intensive treatment to the fullest extent possible along with all health care to the fullest extent possible to avert or at least reduce the threat of death or serious disturbances of health, it is not necessary to stay on through this therapy. In this case, it is necessary that the attending team/doctor/chief physician determine the extent of diagnostic and therapeutic procedures for this patient individually as required by his condition, as complying with all medical-ethical-legal safeguards.

In this case, it is necessary for using such a limited patient intensive treatment or only primary health care (palliative care), rather than avert, or at least reduce the imminent danger of death or serious deterioration in health status, because the patient can no longer be able to heal and even death can not avert.

Therefore, the definition of the limits of the obligation to provide the necessary assistance for the life-threatening patients is closely linked to issues of euthanasia and futile therapy.

One of the basic features of this type is the fault of the offense the offender, which is required for criminal liability of intentional fault. Another important feature is a subjective criterion (the point of view) the offender, which must be shown to make the criminal liability of the offender is a person appeared to be directly endangered the life or it appeared that threatened imminent danger of serious health disorder.

In particular, I was in my work focused on the relationship between the necessary assistance to vulnerable persons and the provision of urgent medical care. Health professionals are best to provide the necessary assistance, because the criminal penalties for failure to help for them is higher than laymen. Therefore, also must be defined limits the grant of the necessary assistance for the threat to life and health of health professionals.

Each professional, then that which is required according to the nature of his employment, provide the necessary assistance, he must always provide the necessary assistance, except in the case, if the provision of needed assistance was linked to direct immediate threat to his life and health or life and health of others, except for fire fighters who by the emergency action had to tolerate a reasonable risk to their lives and health.

Similarly, it should be defined the limits of the grant of the necessary medical assistance to patients in conflict with the obligations of duty to provide care with informed consent of the patient.

Whether threatened to get the necessary assistance can decide the amount, type, enforcement of criminal sanctions and termination of criminal liability in the event of additional voluntary compliance provide the necessary assistance.

These are factors that also regulate human hearing, namely whether or not ultimately be threatened given the necessary assistance.

Keywords : need help (necessary assistance) – potřebná pomoc
the theory of the guarantor – teorie garanta
futile therapy – marná léčba

Seznam použité literatury

- BAUMANN J., WEBER U., MITSCH W.: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, 10. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996
- CÍSAŘOVÁ D., FENYK J. a kol.: *Trestní právo procesní*, 4. vydání, Praha, Linde, 2006
- CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: *Trestní právo a zdravotnictví*, 1. a 2. vydání, Praha, Orac, 2000 a 2004
- COOK J.G., MARCUS P.: *Criminal Law*, 5. vydání, San Francisco, Lexis Nexis, 2003
- DOLEŽAL T., A.: *Ochrana práv pacienta*, Praha, Linde, 2007
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: *Advanced Life Support Course Manual*, 5. vydání, Belgie, 2006
- FEURBACH R.A.: *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Fichte*, 9, Giessen, Verlag von G.F.Hever, 1826
- FUCHS H.: *Österreichisches Strafrecht. Allgemeiner Teil I*, 4. Auflage, Sien, Springer, 2000
- GRÍVNA T.: *Trestní právo hmotné, III. Judikatura k obecné části*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007
- HAŠKOVCOVÁ H.: *Lékařská etika*, 3. vydání, Praha, Galén, 2002
- HAŠKOVCOVÁ H.: *Thanatologie*, 2. vydání, Praha, Galén, 2007
- HUGHES G.: *Criminal Omissions*, Yale, West Publishing Co., 1958
- CHROMÁ M., COATS T.: *Introduction to Legal English*, Volume 1., Praha, Karolinum, 1996
- JACOBS G.: *Strafrecht. Allgemeiner Teil 2*, Berlin, Walter de Gruyter, 1991
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo hmotné, Obecná část*, Praha, Linde, 2004
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část*, 2. vydání, Praha, Linde, 2006
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo procesní*, 4. vydání, Praha, Eurolex Bohemia, 2005
- JELÍNEK J. a kol.: *TZ a TŘ, poznámkové vydání s judikaturou*, 24. vydání, Praha, Linde, 2006
- JESCHECK H.: *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Berlin, Duncker and Humblot, 1996
- JESCHECK H., WEIGEND T.: *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil*, 5. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996
- KAUFMANN A.: *Die Dogmatik der Unterlassungsdelikt*, Heidelberg, Verlag Otto Schwarz and Co., 1959

- KRATOCHVÍL V.: *Trestní právo hmotné, Obecná část*, 2. vydání, Brno, 1996
- KOČICA J., STIFFEL H.: *Stručný komentár, Trestný zákon*, Bratislava, Iura Edition, 2002
- KŘEPELKA F.: *Evropské zdravotnické právo*, Praha, Orac, 2004
- MACH J.: *Medicína a právo*, 1. vydání, Praha, C.H.Beck, 2006
- MACH J. a kol.: *Zdravotnictví a právo, komentované předpisy*, 1. a 2. vydání, Praha, Orac, 2003 a 2005
- MACH J., STOLÍNOVÁ J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, Praha, Galén, 1998
- MALINA A. a kol.: *Základy zdravotnické legislativy*, Praha, IPVZ, 2007
- MAURACH R., GÖSSEL K.H., ZIPF H.: *Strafrecht, Allgemeiner Teil Teilband 2*, 7. Auflage, Heidelberg, C.F. Müller, 1997
- MUNZAROVÁ M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, 1. vydání, Praha, Grada, 2005
- MUSIL J., KRATOCHVÍL V., ŠÁMAL P. a kol.: *Trestní právo procesní*, 2. vydání, Praha, C.H.Beck, 2003
- NĚMEC J.: *Principy zdravotního pojištění*, Praha, Grada, 2008
- NOVOTNÝ F. a kol.: *Trestní kodexy-Trestní zákon, trestní řád a související předpisy (kom.)*, 2. vydání, Praha, Eurounion, 2002
- NOVOTNÝ O. a kol.: *Trestní právo hmotné, I. Obecná část*, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007
- NOVOTNÝ O. a kol.: *Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část*, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007
- PAVLÍČEK V. a kol.: *Ústavní právo a státověda, II.díl, část 2*, Linde, 2004
- PRADEL J., DANTI-CHUAN M.: *Droit spécial penal*, 2. Edition, Paris, Cujas, 1998
- RYBÁK H.: *Sporné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů*, Neratovice, Rigorózní práce, 2005
- SCHÖNKE A., SCHRÖDER H.: *Strafgesetzbuch-Kommentar*, 26. Auflage, München, C.H.Beck, 2001
- SOLNAŘ V., CÍSAŘOVÁ D., FENYK J.: *Základy trestní odpovědnosti*, Praha, Orac, 2003
- STÜBEL CH.-C.: *Ueber die Theilnahme mehrerer Personen an einem Verbrechen*, Dresden, Hilscherische Buchhandlung, 1828
- ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: *Trestní zákon-komentář, I. a II.díl*, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004

ŠTEFAN J. a MACH J.: *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*, Praha, Grada, 2005
ŠUSTEK P., HOLČAPEK T.: *Informovaný souhlas*, Praha, ASPI, 2007
ŠVESTKA J., JEHLÍČKA O., PAVLÍČEK P., PLACITÝ P., KNAP K.: *Ochrana osobnosti*, Praha, Linde, 1996
VONDRAČEK L.: *Základy zdravotnického práva*, Praha, Karolinum, 2004
WESSELS J., BEULKE W.: *Strafrecht Allgemeiner Teil*, Heidelberg, Müller Verlag, 2000
WESSELS J., HETTINGER M.: *Strafrecht Besonderer Teil*, Heidelberg, Müller Verlag, 1999

právní předpisy

Ústava České republiky úst. zák. č. 1/1993 Sb., v platném znění
Listina základních práv a svobod zák. č. 23/1991 Sb.,
v platném znění (LZPS)
Evropská úmluva o lidských právech č. 209/1992 Sb.,
v platném znění (EÚLP)
Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti
v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s.
Trestní zákon č. 140/1961 Sb., v platném znění (TZ)
Trestní řád č. 141/1961 Sb., v platném znění (TŘ)
Zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění (ZOPL)
Zák. č. 238/2000 Sb. o Hasičském záchranném sboru (HZS) ČR,
v platném znění
Zák. č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému (IZS),
v platném znění
Zák. č. 95/2004 Sb., v platném znění
Zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění
Zák. č. 219/1999 Sb., v platném znění
Zák. č. 283/1991 Sb. o policii, v platném znění
Zák. č. 553/1991 Sb. o obecní policii, v platném znění
Zák. č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích,
v platném znění
Zák. č. 114/1929 Sb. z. a n. o výkonu lékařské praxe
Vyhláška č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě (ZZS),
v platném znění
Etický kodex České lékařské komory, v platném znění
Návrh nového trestního zákona : <http://portal.justice.cz>

odborné články

- ARNOŠTOVÁ L., HERCZEG J.: *Právní ochrana zdravotnických pracovníků*, Trestní právo č.7/2004
- DOSTÁL O.: *Právo a rozhodování o omezování léčby v intenzivní medicíně*, Kongres ČSIM v Plzni, 2008
- DOSTÁL O.: *Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty*, Zdravotnictví a právo č.10/2004
- FENYK J.: *Stručné zamyšlení nad trestností usmrcení na žádost a z útrpnosti a v případě tzv. asistované sebevraždy či euthanasie*, Trestní právo č.6/2004
- HOLČAPEK T., ŠUSTEK P.: *K §115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost)*, Trestněprávní revue č.11/2004
- CHROMÝ J.: *K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty)*, Zdravotnictví a právo 1/2007
- JIRKA V.: *Porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči se souhlasem pacienta a trestní právo*, Trestněprávní revue č.4/2006
- KLAPAL V.: *Svolení poškozeného jako okolnost vylučující protiprávnost*, Trestněprávní revue č.10/2005
- KÖNIGOVÁ R.: *Příkaz „neresuscitovat“ a paliativní léčba u těžkých Úrazů*, Postgraduální medicína č.5/2001
- MACH J.: *Propustit obviněného z vraždy na svobodu je riziko*, Právo, 30.1.2004
- MACH J.: *Povinnost první pomoci*, Tempus medicorum č.7,8/2006
- MITLÖHNER M.: *Ke vztahu TČ účasti na sebevraždě a euthanasie*, Trestní právo č.6/2003
- MITLÖHNER M.: *Neposkytnutí pomoci podle §207 odst.2 TZ*, Zdravotnictví a právo č.1/2005
- MITLÖHNER M.: *Některé právní problémy současné medicíny*, Zdravotnictví a právo č.3/2000
- PAŘÍZKOVÁ R.: *Kategorizace nemocných, pohled lékaře*, Kongres ČSIM v Plzni, 2008
- PAŘÍZKOVÁ R., ČERNÝ V., DOSTÁL P.: *Zkušenosti s kategorizací nemocných u pacientů v resuscitační péči*, Anesteziologie a neodkladná péče č.4/2000
- ŘÍHA J.: *Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů*, 1. a 2. část, Trestněprávní revue č.8,9/2003

STANOVISKO GENERÁLNÍ PROKURATURY ČSFR:

K problematice odmítání transfuze krve příslušníky náboženské společnosti Svědci Jehovovy, sp.zn. 1 FGn 74/91

STOLÍNOVÁ J.: *Vybrané otázky postavení občana a jeho práv při poskytování zdravotní péče v nových podmínkách, Právo a zákonnost č.4/1991*

ŠUSTEK P.: *Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfuze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědci Jehovovy, Zdravotnictví a právo č.5/2005*

The World Medical Association: *Declaration on Euthanasia, 10/1987, 2001*

The World Medical Association: *Statement on Physician-Assisted Suicide, 9/1992*

VONDRÁČKOVÁ D.: *Eticko-právní aspekty v intenzivní medicíně, Presentace v powerpointu*

Medical Tribune: *Zavření nemocnic zachrání životy pacientů, ročník III. č.1/2007*

Seznam judikátů vztahujících se k TČ *neposkytnutí pomoci*

- č. 30/1951 Sb.r.tr., ze dne 3.11.1950, sp. zn. T 412/50
- č. 55/1951 Sb.r.tr., ze dne 17.1.1951, sp. zn. 6Tk 1/51
- č. 104/1951 Sb.r.tr., ze dne 10.7.1951, sp. zn. 5Tk 134/51
- č. 68/1952 Sb.r.tr., ze dne 18.4.1952, sp. zn. Tz II 6/52
- č. 112/1952 Sb.r.tr., ze dne 18.10.1951, sp. zn. 6Tk 72/51
- č. 6/1953 Sb.r.tr., ze dne 7.2.1952, sp. zn. 7Tk 616/52
- č. 39/1955 Sb.r.tr., ze dne 4.2.1955, sp. zn. 1Tz 57/55
- č. 74/1957 Sb.r.tr., ze dne 23.4.1957, sp. zn. To 234/57
- č. 37/1963 Sb.r.tr., ze dne 12.3.1963, sp. zn. 1Tz 7/63
- č. 38/1963 Sb.r.tr., ze dne 20.9.1962, sp. zn. 3To 384/62
- č. 9/1967 Sb.r.tr., ze dne 4.11.1966, sp. zn. 6Tz 57/66
- č. 4/1969 Sb.r.tr., ze dne 30.6.1967, sp. zn. 4Tz 49/67
- č. 37/1969 Sb.r.tr., ze dne 9.4.1969, sp. zn. 3To 102/69
- č. 52/1981 Sb.r.tr., ze dne 23.12.1980, sp. zn. 1To 72/80
- č. 8/1982 Sb.r.tr., ze dne 27.10.1981, sp. zn. 2Tz 21/81
- č. 21/1983 Sb.r.tr., ze dne 21.12.1982, sp. zn. 3To 29/82
- č. 8/1984 Sb.r.tr., ze dne 22.2.1983, sp. zn. 3Tz 3/83
- č. 16/1984 Sb.r.tr., ze dne 15.10.1981, sp. zn. 11To 59/81
- č. 42/1985 Sb.r.tr., ze dne 13.3.1984, sp. zn. 7Tz 7/84
- č. 30/1998 Sb.r.tr., ze dne 30.10.1997, sp. zn. 2Tzn 106/97
- č. 37/1998 Sb.r.tr., ze dne 18.9.1997, sp. zn. 2Tzn 72/97
- č. 9/2002 Sb.r.tr., ze dne 22.8.2000, sp. zn. 4To 437/00

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 28.2.2006,
sp.zn. 25Cdo 2511/2005

Nepravomocný rozsudek Vrchního zemského soudu v Mnichově ze dne
6.4.2006-1U4142/2005: *Právní rozhledy-Soudní rozhodnutí č.17/2006*

č. 77/2001 Sb.r.us., ze dne 18.5.2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

rozsudek The House of Lords-Airedale NHS Trust v. Bland